**DEMANDE D’AUTORISATION DE SOUTENANCE DE THESE A HUIS CLOS /**

**DEMANDE DE CONFIDENTIALITE DE THESE**

**IMPORTANT** : ce document finalisé et signé par la Présidente doit être joint à la fiche de liaison de soutenance. Il requiert l’avis de la Commission Recherche. Une CR est organisée chaque mois entre septembre et juin et ce document doit être envoyé à la gestionnaire de votre ED au minimum 10 jours avant la date de la CR. Merci de tenir compte de ces impératifs.

**Rappel** : Une thèse soumise à une clause de confidentialité ne pourra être diffusée, reproduite, communiquée pendant la durée de la confidentialité définie, même si le/la docteur.e, en tant qu’auteur/trice, le souhaiterait, mais devra être néanmoins transmise au SCD dans les délais impartis pour traitement et archivage.

Je soussigné(e),

Directeur/trice de thèse de :

**NOM du doctorant** :

**Prénom** :

Inscrit en doctorat de :

Unité de Recherche :

Ecole doctorale :

Sollicite, de Madame la Présidente de l’Université Lumière Lyon 2 :

* L’autorisation exceptionnelle de soutenir la thèse à huis clos
* La confidentialité du mémoire de thèse pour une durée de mois / année (s).
* La confidentialité des annexes du mémoire de thèse.

**Sujet de la thèse** :

Justification de la demande :

Visa du/de la doctorant.e Date et Signature du/de la Directeur/trice de thèse

|  |  |
| --- | --- |
| Avis du/de la Directeur/trice de l’unité de recherche : | Avis du/de la Directeur/trice de l’Ecole Doctorale: |
| * Favorable à la soutenance de thèse à huis clos * Défavorable à la soutenance de thèse à huis clos * Favorable à la confidentialité du mémoire de thèse pour une durée de mois /   année(s).   * Défavorable à la confidentialité du mémoire de thèse   Signature | * Favorable à la soutenance de thèse à huis clos * Défavorable à la soutenance de thèse à huis clos * Favorable à la confidentialité du mémoire de thèse pour une durée de mois /   année(s).   * Défavorable à la confidentialité du mémoire de thèse   Signature |

**RESERVÉ A L’ADMINISTRATION**

|  |
| --- |
| **La Présidente de l’Université Lyon 2 (après avis de la Commission Recherche)** |
| * Autorise la soutenance de thèse à huis clos * N’autorise pas la soutenance de thèse à huis clos   Date et Signature |
| * Autorise la confidentialité du mémoire de thèse pour une durée de mois /   année(s).   * N’autorise pas la confidentialité du mémoire de thèse   Date et Signature |