|  |  |
| --- | --- |
| Description : Description : C:\Users\auto\Documents\logo-saida-new.png | **Université de Saida ― Dr. Moulay Tahar****Faculté ............................****Département ............................** |
| **Comité de Formation Doctorale − ………………………….**  |

**PV-CFD de recevabilité de la demande de soutenance**

 **Justifiant l’obtention de 180 points, au minimum.**

**PV-N° \*\* du \*\*/\*\*/20\*\***

Conformément aux dispositions de l’arrêté n°547 du 02 Juin 2016 fixant les modalités d’organisation de la formation de troisième cycle et les conditions de préparations et de soutenance des thèses de doctorat et aux dispositions de la circulaire la circulaire n° 03 du 07 juin 2019 fixant les conditions de soutenance d'une thèse de doctorat et ses modalités, s’est réuni le comité de formation doctorale en « \*\*Filière\*\* » à la salle N° ………… du département de .......................... à …… heures, le ………………….. du mois de ……………………….. de l’an deux mille …………………..

**Ordre du jour:**

* Etude de la recevabilité de la demande de soutenance de la thèse de doctorat de M/Mme \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*.

**Données d’identification du doctorant :**

Nom et Prénom : ……………………… …………………………………

Date et lieu de naissance : ……………………… …………………………………

Année de la première inscription en Doctorat 3ième Cycle: ………/……..

Domaine……………………………..…………… Filière : ………………………………….

Spécialité  : ……………………… ………………………… ……………………………………….

Intitulé du sujet de Doctorat : ……………… …………………… ………… ………………… …………………… ………………. ………..…………………… ………… ………………… …………………… ……………….

Directeur de thèse, (Nom, Prénom et Grade) : ……………………………………………………..

Laboratoire de recherche : ……………………………………………………………………..…………..

Intitulé du sujet de Doctorat/Intitulé de la thèse : …………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…..………………………………

**Documents essentiels du dossier :**

1. Rapport de soutenabilité du directeur de thèse, attestant l’originalité des travaux de la thèse.
2. Rapport du directeur de la thèse sur les travaux scientifiques du doctorant.
3. PV du CFD n°…… du ……….., attestant l’obtention de (30 points) relatifs à la formation théorique.
4. Rapport du directeur de la thèse sur les publications.
5. Une copie de l’attestation de réinscription pour l’année universitaire en cours.
6. La production scientifique en relation avec la thèse.
7. Le carnet du doctorant dument renseigné et visé.
8. Copie du projet de la thèse (document complet). **9.** Document PNST.

Après vérification des conditions de recevabilité stipulées dans la circulaire ministérielle n ° 03 du 07 juillet 2019 fixant les conditions de soutenance d'une thèse de doctorat et ses modalités, le comité de formation doctorale confirme que le candidat \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* (…date de naissance) a obtenu au moins cent quatre-vingt (180) points répartis selon la grille, ci-dessous, préétablie par l’arrêté N° 547 du 02 juin 2016.

|  |  |
| --- | --- |
| **Formation** * (PV/CFD n°…..… du ………………..…..)
 | **30 points** |
| **Travaux scientifiques** * (Rapport du CFD et du directeur de thèse sur les travaux scientifiques)
* (PV/CFD n°…..… du ………………..…..)
 | **…… points** |
| **La thèse (travail de recherche original)** * (Rapport du directeur de thèse sur l’originalité des travaux)
* (PV/CFD n°…..… du ………………..…..)
 | **100 points** |
| **Total Général** | **……. points** |

**En conséquence, le comité de formation doctorale autorise le candidat \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* (…date de naissance) à disposer son dossier de la demande de soutenance, et propose le jury suivant :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| N° | Nom et prénom | Grade | Etablissement | Qualité |
| 01 |  | Prof.  | Université de Saida − Dr. Moulay Tahar | Président  |
| 02 |  | MCA  |  | Encadreur |
| 03 |  |  |  | Co-encadreur |
| 04 |  |  |  | Examinateur |
| 05 |  |  |  | Examinateur |
| 06 |  |  |  | Examinateur |

**Etaient présents[[1]](#endnote-1) :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Dr./Pr. …………… ……………….. | ……………………….. |  | **Le président du CFD** |
| Dr./Pr. …………… ……………….. | ……………………….. |  | (cahet, griffe, date et signature)Saida, le ……/…../………………… |
| Dr./Pr. …………… ……………….. | ……………………….. |  |  |
| Dr./Pr. …………… ……………….. | ……………………….. |  |  |
| Dr./Pr. …………… ……………….. | ……………………….. |  |  |
| Dr./Pr. …………… ……………….. | ……………………….. |  |  |

1. **Les réunions du CFD ne sont valables que si les deux tiers (2/3) au moins de ses membres sont présents.** [↑](#endnote-ref-1)