Formulaire de demande de periode de cesure AU COURS DE LA THESE

Année universitaire 2024/2025

**Textes de référence :**

* Article 14 de l’arrêté du 25 mai 2016 fixant le cadre national de la formation et les modalités conduisant à la délivrance du diplôme national de doctorat ;
* Articles D611-13, D611-14 et D611-16 du Code de l’éducation
* Article 8-1 du décret n° 2009-464 du 23 avril 2009

**IMPORTANT :**

Pour une demande de période de césure d’une année universitaire complète, ce formulaire doit être déposé auprès de votre école doctorale entre le 1er juin 2024 et la fin de la période d’inscription de l’année universitaire 2024/2025, soit le 15 novembre 2024.

Le cas échéant, en parallèle de cette demande, des démarches doivent être faites auprès de l’employeur et de l’organisme financeur, afin de s’assurer que la suspension du contrat de travail est possible.

**Identité du doctorant**

|  |
| --- |
| NOM : ……………………………………………………. Prénom(s) : …………………………………………………………………………………  Numéro d’étudiant : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………  Né(e) le : …… / …… / ……, à ……………………………………………………………………………………………………………………………….  Téléphone : …… / …… /…… /…… /…… Adresse mail : …………………………………………………………………………..........  Adresse : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. |

**Scolarité**

Date de 1ère inscription en thèse : ……………………………………………………………………………………………………………

Etablissement de préparation de la thèse : ……………………………………………………………………………………………

Ecole doctorale :  CP  DGEP  ES  LECLA  SEPT  SPIM

Période(s) de césure déjà accordée(s) dans le cadre de la thèse :  Oui  Non

**Projet de césure**

Durée : …………. mois *(période continue, d’une durée maximum d’une année universitaire)*

Date de réintégration prévue dans la formation doctorale : ………………………………………

Motif :

Formation  Expérience professionnelle  Engagement de service civique

Création d’activité en qualité d’autoentrepreneur

Autre, précisez : ………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Arguments justifiant la demande de césure (des justificatifs peuvent être produits) :**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

|  |  |
| --- | --- |
| Je soussigné(e), certifie sur l’honneur que les renseignements transmis dans ce dossier sont exacts.  Date : | Signature : |

**ACCORD DE L’EMPLOYEUR**

Favorable  Défavorable

Nom, prénom : …………………………………………………………………………………………………………………………………………

Date : ………………………………………………. Signature :

**AVIS MOTIVE DE LA DIRECTION DE THESE**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Nom, prénom : …………………………………………………………………………………………………………………………………………

Date : ………………………………………………… Signature :

**AVIS DE LA DIRECTION DE L’ECOLE DOCTORALE**

Favorable  Défavorable, préciser :

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Nom, prénom : …………………………………………………………………………………………………………………………………………

Date : ……………………………………….. Signature :

**AVIS DU COLLEGE DOCTORAL**

Favorable  Défavorable, préciser :

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Nom, prénom : …………………………………………………………………………………………………………………………………………

Date : ……………………………………….. Signature :

**DECISION DE LA PRESIDENCE DE L’UNIVERSITE DE BOURGOGNE**

*Césure accordée*  *Césure refusée*

Nom, prénom : ……………………………………………….

Date : ………………………………………………. Signature :