



DEMANDE DE DIPLÔME (Doctorat - HdR)

Direction de la **recherche**
et de la **valorisation**
Collège **doctoral**
Université de Strasbourg

N° Étudiant (si possible)

NOM de naissance : Prénom :

Date de naissance : / / Lieu :

Adresse :

Code Postal : Ville : Pays :

: :

Intitulé exact du ou des diplômes :	Année d'obtention
..... /
..... /
..... /
..... /
..... /

Veillez joindre une photocopie recto-verso de votre pièce d'identité en cours de validité au formulaire et nous retourner l'ensemble par courriel ou par voie postale à :

dir-formdoct@unistra.fr

ou

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

Collège Doctoral - Pôle scolarité
46 boulevard de la victoire 67000
Strasbourg

Fait à :

Le,

Signature :