



# 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 :