

**AUTORISATION du DIRECTEUR DE THESE  
ou du RESPONSABLE du DIPLOME de 3<sup>ème</sup> CYCLE**

**ANNEE UNIVERSITAIRE 202\_ - 202\_**

Je soussigné(e) .....

Fonction .....

Certifie que Monsieur, Madame, .....  
*(rayer la mention inutile)*

Nature des études .....

peut effectuer.....heures d'enseignement (équivalent TD) à l'Université  
Savoie Mont Blanc sans que ses travaux soient perturbés

Fait à ....., le.....

Signature du Directeur de thèse ou  
du Responsable du diplôme de 3ème cycle

Cachet de l'Etablissement