

DÉPARTEMENT DES RELATIONS INDUSTRIELLES
PROGRAMME DE DOCTORAT

AUTORISATION DE L'EXAMEN-SYNTHESE

NOM DE L'ÉTUDIANTE OU L'ÉTUDIANT :

Je recommande que la personne dont le nom apparaît ci-dessus soit autorisée à procéder à l'examen synthèse aux dates suivantes :

DATES DE LA PARTIE ÉCRITE : _____ et _____

DATE : _____ SIGNATURE : _____

Directrice ou directeur de recherche

DÉCISION DE LA DIRECTION DU PROGRAMME

Date

Responsable

