**INFORMATIONS GENERALES**

Nom ……………………………………………………………………………………………………………….

Prénom ………………………………………..………………………………………………………………….

Date de naissance …………………..………………….……………………………………………………..

Lieu ………………………………….…………………………………………………………………………….

Adresse personnelle ….………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………...

CP ……………Ville ………………………………………………………………………………………………

Tél. fixe ……………………………………………………………………………………………………………

Tél. portable ……………………………………………………………………………………………………

E-mail personnel ………………………………………………………………….

**THESE D’EXERCICE**

Intitulé….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Date de soutenance………………………………………………………………………………………….

Direction………………………………………..……………………………………………………………….

Lieu de la thèse …………………..………………….………………………………………………………..

**PUBLICATIONS PRESENTEES AU PRIX DELORME-BROUSSIN**

La publication soumise **doit porter sur les travaux de votre thèse d’exercice**. Il est possible de présenter plusieurs publications le cas échéant.

Titre de l’article présenté .………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Nom de la revue et impact factor ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Statut : [ ]  Soumis [ ]  Accepté [ ]  Publié

Précisez la date de publication et la référence de l’article le cas échéant ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Date …………………………………

Signature :

**Adressez votre candidature par mail à :**

**michel.montaudon@chu-bordeaux.fr**

Radiologue – Service d’Imagerie Médicale – Radiologie Diagnostique et thérapeutique, hôpital cardiologique Haut-Lévêque – CHU de Bordeaux

**Avant le 15 janvier 2021 comprenant :**

* Votre fiche de candidature complétée et un cv
* Votre thèse d’exercice et votre publication
* Une vidéo (2 minutes) ou une présentation (5 slides) expliquant votre sujet d’étude

**Pour plus d'informations :**

Service d'Imagerie Médicale

Radiologique diagnostique et thérapeutique

Hôpital cardiologique Haut-Lévêque

CHU de Bordeaux

Avenue Magellan

33600 Pessac

05 57 65 65 42

**Contacts Fondation Bordeaux Université :**

Juliette DEUNFF

(0)7 52 63 55 16

juliette.deunff@fbxu.org

Margaux ENGEL

(0)6 35 82 56 24

margaux.engel@fbxu.org