Dr/a. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Professor/a de la UAB del Departament XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Recercador/a *Investigador* (indiqueu la institució i país de la institució/*indicar la institución y país de la insititución*) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Professor/a de la Universitat XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Indiqueu amb una creu l’opció escollida.

*Indicar con una cruz la opción escogida.*

* Accepto la tutorització del Sr/Sra XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX (nom i cognoms del doctorand/a)

*Acepto la tutorización del Sr/Sra. (nombre y apellidos del doctorando/a)*

* Accepto la direcció del Sr/Sra XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX (nom i cognoms del doctorand/a)

*Acepto la dirección del Sr/Sra. (nombre y apellidos del doctorando/a)*

* Accepto la direcció i tutorització del Sr/Sra XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX (nom i cognoms del doctorand/a)

*Acepto la dirección y tutorización* *del Sr/Sra. (nombre y apellidos del doctorando/a)*

Signatura d’acceptació

*Firma de aceptación*

Especificar dedicació: ⬜ Temps complert Complements de formació: ⬜ Sí

⬜ Temps parcial ⬜ No