, amb el DNI/NIE/Passaport.

amb domicili a , codi postal

carrer , núm. ..........., pis i porta ,

telèfon ............................. , e-mail ....................................................................................,

e- mail campus UAB......................................................................................................................................................

**DEMANO:**

L’avaluació del meu **PLA DE RECERCA** i la seva aprovació.

Bellaterra (Cerdanyola del Vallès), de 202…

**Signatura del/ de la interessat/da**

Vistiplau dels director i tutor de tesis:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Signatura del/de la director/a**( Indicant Nom i Cognoms) | **Signatura del/de la director/a**( Indicant Nom i Cognoms) | **Signatura del/de la director/a**( Indicant Nom i Cognoms) | **Signatura del/de la tutor/a**( Indicant Nom i Cognoms)) |

Vista la sol·licitud d’avaluació de PLA DE RECERCA la comissió del programa de doctorat reunida en data................, ha resolt:

* Aprovar el PLA DE RECERCA amb el núm. de registre

 Amb una dedicació:

* + - * + A temps complet
				+ A temps parcial
* No aprovar el PLA DE RECERCA . Motius (es poden adjuntar en un escrit annex)

**Signatura del coordinador del Programa de Doctorat en Cirurgia i Ciències Morfològiques**

**Dr. Xavier Serra Aracil** Segell

Bellaterra (Cerdanyola del Vallès),……….de ………..de 202….

**PLA DE RECERCA DEL PROJECTE DE TESI** (màxim cinc pàgines)

**TÍTOL** (en català):

**TÍTULO** (en castellà):

**TITLE** (en anglès):

Número del **CEIC** (Comité d’Ètica d’Investigació Clínica):

**LÍNIA DE RECERCA**: Trieu una línia de recerca

**ANTECEDENTS I ESTAT ACTUAL DEL TEMA**: (cites més rellevants)

**HIPÒTESIS**:

**OBJECTIUS**:

**TIPUS D’ESTUDI. METODOLOGIA** (senyalar si és un estudi experimentals, amb o sense aleatorització, observacional analític, etc..):

**PLA DE TREBALL** (planificació temporal del desenvolupament de la investigació per anualitats):