, 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.

|  |
| --- |
| CÒPIA PER A LA PERSONA INTERESSADA |

Bellaterra (Cerdanyola del Vallès),

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Signatura de l’/ de la interessat/da | Signatura del/de la director/a( Indicant Nom i Cognoms) | Signatura del/de la tutor/a( Indicant Nom i Cognoms) | Signatura del de/la director/a del departament del director de la tesis(Si el/la director/a de la tesis és de la UAB però no està inclòs al programa de Doctorat) |

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 de Medicina

Dr. Jaume Alijotas Reig

Bellaterra (Cerdanyola del Vallès), ............................................................

**\*Hi cal també el segell institucional del Programa de doctorat i/o del Departament/Institut corresponent**

**Aquest document queda en custodia del Programa de Doctorat en Medicina**

 , 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.

|  |
| --- |
| CÒPIA PER AL PROGRAMA DE DOCTORAT |

Bellaterra (Cerdanyola del Vallès),

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Signatura de l’/ de la interessat/da | Signatura del/de la director/a( Indicant Nom i Cognoms) | Signatura del/de la tutor/a( Indicant Nom i Cognoms) | Signatura del de/la director/a del departament del director de la tesis(Si el/la director/a de la tesis és de la UAB però no està inclòs al programa de Doctorat) |

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 de Medicina

Dr. Jaume Alijotas Reig

Bellaterra (Cerdanyola del Vallès), ............................................................

**\*Hi cal també el segell institucional del Programa de doctorat i/o del Departament/Institut corresponent**

**Aquest document queda en custodia del Programa de Doctorat en Medicina**