, con el DNI/NIE/Passaport.

con domicilio en , codigo postal

calle , núm. ..........., piso y puerta ,

teléfono............................. , e-mail....................................................................................,

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

**SOLICITO:**

La evaluación de mi PLAN DE INVESTIGACIÓN i su aprovació.

|  |
| --- |
| COPIA PARA LA PERSONA INTERESADA |

Bellaterra (Cerdanyola del Vallès),

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Firma del/ de la interesado/da | Firma del/de la director/a  ( Indicando Nombre i Apellidos) | Firma del/de la tutor/a  ( Indicando Nombre i Apellidos ) | Firma del de/la director/a del departamento del/ de la director/a de la tesis  (Si el/la director/a de la tesis es de la UAB pero no está incluido al programa de Doctorado) |

Vista la solicitud de evaluación del PLAN DE INVESTIGACIÓN la comisión del programa de doctorado reunida en fecha................, ha resoluelto:

* Aprobar el PLAN DE INVESTIGACIÓN con en núm. de registro

Con una dedicación:

* + - * + A tiempo completo
        + A tiempo parcial
* No aprobar el PLAN DE INVESTIGACIÓN. Motivos (se pueden adjuntar en un escrito anexo)

Firma del coordinador del Programa de Doctorado en Medicina

Dr. Jaume Alijotas Reig

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

**\*También es necesario el sello institucional del Programa de Doctorado y/o del Departamento/Instituto correspondiente**

**Este Documento queda en custodia del Programa de Doctorado**

, con el DNI/NIE/Passaport.

con domicilio en , codigo postal

calle , núm. ..........., piso y puerta ,

teléfono............................. , e-mail....................................................................................,

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

**SOLICITO:**

La evaluación de mi PLAN DE INVESTIGACIÓN i su aprovació.

|  |
| --- |
| COPIA PARA EL PROGRAMA DE DOCTORADO |

Bellaterra (Cerdanyola del Vallès),

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Firma del/ de la interesado/da | Firma del/de la director/a  ( Indicando Nombre i Apellidos) | Firma del/de la tutor/a  ( Indicando Nombre i Apellidos ) | Firma del de/la director/a del departamento del/ de la director/a de la tesis  (Si el/la director/a de la tesis es de la UAB pero no está incluido al programa de Doctorado) |

Vista la solicitud de evaluación del PLAN DE INVESTIGACIÓN la comisión del programa de doctorado reunida en fecha................, ha resoluelto:

* Aprobar el PLAN DE INVESTIGACIÓN con en núm. de registro

Con una dedicación:

* + - * + A tiempo completo
        + A tiempo parcial
* No aprobar el PLAN DE INVESTIGACIÓN. Motivos (se pueden adjuntar en un escrito anexo)

Firma del coordinador del Programa de Doctorado en Medicina

Dr. Jaume Alijotas Reig

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

**\*También es necesario el sello institucional del Programa de Doctorado y/o del Departamento/Instituto correspondiente**

**Este Documento queda en custodia del Programa de Doctorado**