**SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DE DATOS DE TESIS DOCTORAL**

|  |
| --- |
| **Datos personales** |
| Nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
|  |  |  |
| DNI/NIE | Fecha nacimiento | Lugar de nacimiento | Nacionalidad |
|  |  |  |  |
| Calle/avenida/plaza y número |
|  |
| Código postal | Población | Provincia | Teléfono |
|  |  |  |  |
| Programa de doctorado | Dirección electrónica |
| MEDICINA |  |

|  |
| --- |
| **Expongo**  |
|  |

|  |
| --- |
| **Solicito** |
| [ ]  Modificación de títuloNuevo título:[ ]  Modificación de proyecto[ ]  Añadir a la dirección de mi tesis un director**Datos del director entrante (añadir tantas veces como cambios sean necesarios)**Apellidos i nombre:DNI:Departamento o Servicio:Universidad o Centro de trabajo:Correo electrónico:[ ]  Modificar el tutor de mi tesis**Datos del tutor entrante** Apellidos i nombre:Departamento: MEDICINAUniversidad: UAB[ ]  Renuncia a la dirección de mi tesis **Datos del director saliente (añadir tantas veces como cambios sean necesarios)**Apellidos i nombre:[ ]  Renuncia a la tutorización de mi tesis **Datos del tutor saliente (añadir tantas veces como cambios sean necesarios)**Apellidos i nombre: |

Si no marcas esta casilla, estás autorizando la comunicación de las posibles incidencias en el trámite, así como la resolución de esta solicitud por correo electrónico a la dirección indicada en esta solicitud.

Barcelona, ........ de .......................... de 20............

Firma del doctorando/a Firma del director/es Firma del tutor/a

**Nombre y apellidos Nombre y apellidos Nombre y apellidos**

**La solicitud ha de ir firmada por el interesado, por los directores (tanto por los vigentes, como si fuera el caso, por los nuevos y por los que renuncian) y por el tutor (tanto por el vigente, como si fuese el caso, por el nuevo y por el que renuncia).**

**Copia para el Departamento**

COORDINADOR/A DE LA **COMISIÓN ACADÉMICA DEL PROGRAMA DE DOCTORADO DE MEDICINA**

**SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DE DATOS DE TESIS DOCTORAL**

|  |
| --- |
| **Datos personales** |
| Nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
|  |  |  |
| DNI/NIE | Fecha nacimiento | Lugar de nacimiento | Nacionalidad |
|  |  |  |  |
| Calle/avenida/plaza y número |
|  |
| Código postal | Población | Provincia | Teléfono |
|  |  |  |  |
| Programa de doctorado | Dirección electrónica |
| MEDICINA |  |

|  |
| --- |
| **Expongo** |
|  |

|  |
| --- |
| **Solicito** |
| [ ]  Modificación de títuloNuevo título:[ ]  Modificación de proyecto[ ]  Añadir a la dirección de mi tesis un director**Datos del director entrante (añadir tantas veces como cambios sean necesarios)**Apellidos i nombre:DNI:Departamento o Servicio:Universidad o Centro de trabajo:Correo electrónico:[ ]  Modificar el tutor de mi tesis**Datos del tutor entrante** Apellidos i nombre:Departamento: MEDICINAUniversidad: UAB[ ]  Renuncia a la dirección de mi tesis **Datos del director saliente (añadir tantas veces como cambios sean necesarios)**Apellidos i nombre:[ ]  Renuncia a la tutorización de mi tesis **Datos del tutor saliente (añadir tantas veces como cambios sean necesarios)**Apellidos i nombre: |

Si no marcas esta casilla, estás autorizando la comunicación de las posibles incidencias en el trámite, así como la resolución de esta solicitud por correo electrónico a la dirección indicada en esta solicitud.

Barcelona, ........ de .......................... de 20............

Firma del doctorando/a Firma del director/es Firma del tutor/a

**Nombre y apellidos Nombre y apellidos Nombre y apellidos**

**La solicitud ha de ir firmada por el interesado, por los directores (tanto por los vigentes, como si fuera el caso, por los nuevos y por los que renuncian) y por el tutor (tanto por el vigente, como si fuese el caso, por el nuevo y por el que renuncia).**

**Copia para al Doctorando**

COORDINADOR/A DE LA **COMISIÓN ACADÉMICA DEL PROGRAMA DE DOCTORADO DE MEDICINA**