**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 título  Nuevo 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: MEDICINA  Universidad: 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 título  Nuevo 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: MEDICINA  Universidad: 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**