|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Dades personals | | | | | | | | |
| Nom | | Primer cognom | | | Segon cognom | | | |
| DNI / NIE | Data de naixement | | | Lloc de naixement | | | Nacionalitat | |
| Carrer / avinguda / plaça i número (on vol rebre la resolució) | | | | | | Codi Postal | | |
| Població | | | Província / País | | | | | |
| Adreça de correu electrònic | | | Telèfon | | | | | Mòbil |

EXPOSA: Que compleix els requisits per presentar la tesi en format de compendi de publicacions d’acord amb la Normativa de Doctorat vigent.

Títol de la tesi.............................................................................................................................................….

………………………………………………....................................…………………………………………………………………

Director / directors .........................................................……………………………………………………………...

* Programa de doctorat en Medicina

TES34

**SOL·LICITA**: Que s'autoritzi la presentació de la tesi per compendi de publicacions a la Universitat Autònoma de Barcelona, per la qual presenta la **documentació següent**:

* Informe del director/s de la tesisobre la idoneïtat de presentació de la tesi com a compendi de publicacions
* Acceptació per escrit del primer o segon coautor no doctors dels treballs a què el/la doctorand presenti els treballs com a part de la seva tesi doctoral i renúncia dels coautors no doctors a presentar-los ells mateixos com a part d'una altra tesi doctoral. (Documents amb signatura originals. No faxos, ni fitxers en format PDF, ni escanejats). Si el primer o segon coautor dels treballs és doctor (Ph) ens hauràs de facilitar còpia del seu títol de doctor.
* Còpia de les publicacions amb **l’afiliació del doctorand a la UAB**.
* Impressió de l'ISI web of Knowledge on quedi manifest el factor impacte o el quartil dels articles originals que has presentat.

Articles publicats amb la següent informació: cognoms, nom (autor; coautors), títol de l’article, revista, data de la publicació, D.O.I. i factor Impacte.

1)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Si cal, afegiu ANNEX)*

Si no marques aquesta casella, estàs autoritzant la comunicació de les possibles incidències en el tràmit, així com la resolució d’aquesta sol·licitud per correu electrònic a l’adreça indicada en aquesta sol·licitud.

**DEMANA:** L’autorització per presentar la tesi en forma de compendi de publicacions.

***Signatures***

***1.*** *La persona interessada* ***2.*** *E director(s) de la tesi*  ***3.*** *El tutor/a de la tesi (si escau)*

Barcelona, ........ de/d’..........................de ...........

**Còpia per al departament**

COORDINADOR/A DE LA **COMISSIÓ ACADÈMICA DEL PROGRAMA DE DOCTORAT DE MEDICINA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Dades personals | | | | | | | | |
| Nom | | Primer cognom | | | Segon cognom | | | |
| DNI / NIE | Data de naixement | | | Lloc de naixement | | | Nacionalitat | |
| Carrer / avinguda / plaça i número (on vol rebre la resolució) | | | | | | Codi Postal | | |
| Població | | | Província / País | | | | | |
| Adreça de correu electrònic | | | Telèfon | | | | | Mòbil |

EXPOSA: Que compleix els requisits per presentar la tesi en format de compendi de publicacions d’acord amb la Normativa de Doctorat vigent.

Títol de la tesi.............................................................................................................................................….

………………………………………………....................................…………………………………………………………………

Director / directors .........................................................……………………………………………………………...

* Programa de doctorat en Medicina

TES34

**SOL·LICITA**: Que s'autoritzi la presentació de la tesi per compendi de publicacions a la Universitat Autònoma de Barcelona, per la qual presenta la **documentació següent**:

* Informe del director/s de la tesisobre la idoneïtat de presentació de la tesi com a compendi de publicacions
* Acceptació per escrit del primer o segon coautor no doctors dels treballs a què el/la doctorand presenti els treballs com a part de la seva tesi doctoral i renúncia dels coautors no doctors a presentar-los ells mateixos com a part d'una altra tesi doctoral. (Documents amb signatura originals. No faxos, ni fitxers en format PDF, ni escanejats). Si el primer o segon coautor dels treballs és doctor (Ph) ens hauràs de facilitar còpia del seu títol de doctor.
* Còpia de les publicacions amb **l’afiliació del doctorand a la UAB**.
* Impressió de l'ISI web of Knowledge on quedi manifest el factor impacte o el quartil dels articles originals que has presentat.

Articles publicats amb la següent informació: cognoms, nom (autor; coautors), títol de l’article, revista, data de la publicació, D.O.I. i factor Impacte.

1)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Si cal, afegiu ANNEX)*

Si no marques aquesta casella, estàs autoritzant la comunicació de les possibles incidències en el tràmit, així com la resolució d’aquesta sol·licitud per correu electrònic a l’adreça indicada en aquesta sol·licitud.

**DEMANA:** L’autorització per presentar la tesi en forma de compendi de publicacions.

***Signatures***

***1.*** *La persona interessada* ***2.*** *E director(s) de la tesi*  ***3.*** *El tutor/a de la tesi (si escau)*

Barcelona, ........de/d’..........................de ............

**Còpia per al doctorand**

COORDINADOR/A DE LA **COMISSIÓ ACADÈMICA DEL PROGRAMA DE DOCTORAT DE MEDICINA**