|  |  |
| --- | --- |
| Programa de Doctorado |  |

DATOS PERSONALES DEL/LA ALUMNO/A

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DNI/NIE/  PASAPORTE | | Nombre | 1r Apellido | | 2do Apellido |
| Sexo  M F (rodee con un círculo) | Nacionalidad | | | Dirección de correo electrónico | |

DOMICILIO HABITUAL

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| País | Código postal | | Localidad | | | | | Provincia |
| Dirección  (C/ AV/...) | | Núm. | | Piso y Puerta | Teléfono | Móvil | Autoriza difusión del domicilio  Sí No (rodee con un círculo) | |

DATOS DE NACIMENTO

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Fecha  Nacimiento | País | **Código**  Postal | **Localidad** | **Provincia** |

DATOS ACCADÉMICOS DE ACCESO

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Master UAB |  | Master no EEES |  | Especialistas Ciencias de la Salud (ECS) |
|  | Master del Estado Español |  | Graduado del Estado Español 300 ECTS \* |  | 2 años avaluación positiva (ECS) |
|  | Master EEES |  | DEA Estado Español |  | Título español de Doctor |
|  | Título universitario oficial que haya obtenido la correspondencia al nivel 3 del Marco Español de Cualificaciones para la Educación Superior (MECES), | | | | |
|  | Ingeniería, Licenciatura en Medicina, Psicología, Farmacología, Derecho y Veterinaria ( Previa autorización de la Comisión Académica del Programa del Doctorado) | | | | |

|  |
| --- |
| **Propuesta de un director de tesis por parte del doctorando (información obligatoria)** |

**Asignación del tutor, indique nombre y apellidos**; (**si no pertenece a la UAB debe indicar su DNI i Universidad/ Institución y Departamento/Instituto al que pertenece)**

**-** Tutor/a **(Información Obligatoria):** ..............................................................................................................................

**Línea de Investigación (se debe indicar la línea de investigación de la Tesis**):...........................................................................

|  |
| --- |
| **El Coordinador acuerda que este estudiante deberá de cursar como complementos de formación la docencia siguiente (se debe indicar el nombre del Master Universitario, el código del módulo i el número de créditos que habrá que cursar):**  **La admisión al programa de doctorado la resuelve el rector, y está condicionada a la superación de los complementos de formación, en el caso de que se deban cursar** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **El/la interesado/da** | **Firma (opcional) del visto bueno del Tutor**  **Consultar a la Coordinación del Programa de**  **Doctorado si esta firma es obligatoria.** | **El/la coordinador/a del programa de doctorado autoriza el acceso al PROGRAMA DE DOCTORAT** |
| Firma | Firma | Nombre, Apellidos y firma |

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