CERTIFICAT DE SUPERACIÓ ACTIVITATS FORMATIVES OBLIGATÒRIES SENSE QUALIFICACIÓ

Emès per .......................................................................................................................................

.......................................................................................................................................

director/s de tesi del doctorand/a ......................................................................................................................................,

amb DNI núm. ..........................,

per justificar la superació en el curs acadèmic .................... de les activitats:

* Participació en seminaris interns de grup d’investigació dels hospitals (o d’altres institucions sanitàries)
* Sessions hospitalàries (o d’altres institucions sanitàries)

Vist i plau del/s director/s (en cas de codirecció han de signar tots els directors)

(signatura/es)

Nom i cognoms del director/s de la tesi

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