

..... , con el DNI/NIE/Passaport.
 con domicilio en , codigo postal
 calle..... , núm., piso y puerta ,
 teléfono..... , e-mail..... ,
 e- mail campus UAB.....

SOLICITO:

La evaluación de mi PLAN DE INVESTIGACIÓN i su aprovació.

Bellaterra (Cerdanyola del Vallès),

COPIA PARA LA PERSONA INTERESADA

			Firma del de/la director/a del departamento del/ de la director/a de la tesis
Firma del/ de la interesado/da	Firma del/de la director/a (Indicando Nombre i Apellidos)	Firma del/de la tutor/a (Indicando Nombre i Apellidos)	(Si el/la director/a de la tesis es de la UAB pero no está incluido al programa de Doctorado)

Vista la solicitud de evaluación del PLAN DE INVESTIGACIÓN la comisión del programa de doctorado reunida en
 fecha....., ha resuelto:

- Aprobar el PLAN DE INVESTIGACIÓN con en núm. de registro
- Con una dedicación:
- o A tiempo completo
- o A tiempo parcial
- No aprobar el PLAN DE INVESTIGACIÓN. Motivos (se pueden adjuntar en un escrito anexo)

Firma del coordinador del Programa de Doctorado en Medicina
 Dr. Albert Selva O'Callaghan

Bellaterra (Cerdanyola del Vallès),

***También es necesario el sello institucional del Programa de Doctorado y/o del Departamento/Instituto correspondiente**

Este Documento queda en custodia del Programa de Doctorado



PLAN DE INVESTIGACIÓN – RD 99/2011

Universitat Autònoma de Barcelona

..... **Escola de Doctorat**, con el DNI/NIE/Passaport.
 con domicilio en, código postal
 calle....., núm., piso y puerta
 teléfono....., e-mail.....
 e- mail campus UAB.....

SOLICITO:

La evaluación de mi PLAN DE INVESTIGACIÓN i su aprovació.

Bellaterra (Cerdanyola del Vallès),

Firma del de/la director/a del departamento
 del/ de la director/a de la tesis
 (Si el/la director/a de la tesis es de la UAB
 pero no está incluido al programa de
 Doctorado)

Firma del/ de la
interesado/da

Firma del/de la director/a
(Indicando Nombre i
Apellidos)

Firma del/de la tutor/a
(Indicando Nombre i
Apellidos)

COPIA PARA EL PROGRAMA DE DOCTORADO

Vista la solicitud de evaluación del PLAN DE INVESTIGACIÓN la comisión del programa de doctorado reunida en fecha....., ha resuelto:

- Aprobar el PLAN DE INVESTIGACIÓN con en núm. de registro
 Con una dedicación:
 - A tiempo completo
 - A tiempo parcial
- No aprobar el PLAN DE INVESTIGACIÓN. Motivos (se pueden adjuntar en un escrito anexo)

Firma del coordinador del Programa de Doctorado en Medicina
Dr. Albert Selva O'Callaghan

Bellaterra (Cerdanyola del Vallès),

*También es necesario el sello institucional del Programa de Doctorado y/o del Departamento/Instituto correspondiente

Este Documento queda en custodia del Programa de Doctorado

..... , con el DNI/NIE/Passaport.
con domicilio en , codigo postal
calle..... , núm. , piso y puerta ,
teléfono..... , e-mail..... ,
e- mail campus UAB.....

SOLICITO:

La modificación de mi PLAN DE INVESTIGACIÓN i su aprovació.

Bellaterra (Cerdanyola del Vallès),

COPIA PARA LA PERSONA INTERESADA

			Firma del de/la director/a del departamento del/ de la director/a de la tesis
Firma del/ de la interesado/da	Firma del/de la director/a (Indicando Nombre i Apellidos)	Firma del/de la tutor/a (Indicando Nombre i Apellidos)	(Si el/la director/a de la tesis es de la UAB pero no está incluido al programa de Doctorado)

Vista la solicitud de evaluación del PLAN DE INVESTIGACIÓN la comisión del programa de doctorado reunida en fecha, ha resoluelt:

- Aprobar la modificación del PLAN DE INVESTIGACIÓN con en núm. de registro
- No aprobar la modificació del PLAN DE INVESTIGACIÓN. Motivos (se pueden adjuntar en un escrito anexo):

Firma del coordinador del Programa de Doctorado en Medicina
Dr. Albert Selva O'Callaghan
(Indicando Nombre i Apellidos)

Bellaterra (Cerdanyola del Vallès),

*También es necesario el sello institucional del Programa de Doctorado y/o del Departamento/Instituto correspondiente

Este Documento queda en custodia del Programa de Doctorado

..... , con el DNI/NIE/Passaport.
con domicilio en , codigo postal
calle..... , núm., piso y puerta
teléfono..... , e-mail.....
e- mail campus UAB.....

SOLICITO:

La modificación de mi PLAN DE INVESTIGACIÓN i su aprovació.

Bellaterra (Cerdanyola del Vallès),

Firma del de/la director/a del departamento
del/ de la director/a de la tesis

Firma del/ de la
interesado/da

Firma del/de la director/a
(Indicando Nombre i
Apellidos)

Firma del/de la tutor/a
(Indicando Nombre i
Apellidos)

(Si el/la director/a de la tesis es de la UAB
pero no está incluido al programa de
Doctorado)

Vista la solicitud de evaluación del PLAN DE INVESTIGACIÓN la comisión del programa de doctorado reunida en
fecha, ha resoluelt:

- Aprobar la modificación del PLAN DE INVESTIGACIÓN con en núm. de registro
- No aprobar la modificació del PLAN DE INVESTIGACIÓN. Motivos (se pueden adjuntar en un escrito anexo):

Firma del coordinador del Programa de Doctorado en Medicina

Dr. Albert Selva O'Callaghan

(Indicando Nombre i Apellidos)

Bellaterra (Cerdanyola del Vallès),

*También es necesario el sello institucional del Programa de Doctorado y/o del Departamento/Instituto correspondiente

Este Documento queda en custodia del Programa de Doctorado

COPIA PARA EL PROGRAMA DE DOCTORADO