|  |  |
| --- | --- |
| Programa de Doctorat  |  |

DADES PERSONALS DE L’ALUMNE

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| DNI/NIE/PASSAPORT | Nom  | 1r Cognom  | 2n Cognom |
| Sexe (encercleu)M F  | Nacionalitat | Adreça correu electrònic |

DOMICILI HABITUAL

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| País | Codi postal | Localitat | Província |
| Adreça (C/ AV/...) | Núm. | Pis i porta | Telèfon | Mòbil  | Autoritza difusió del domicili(encercleu)Sí No  |

DADES DE NAIXEMENT

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Data Naixement  | País | Codi Postal | **Localitat** | **Província** |

DADES ACADÈMIQUES D’ACCÉS

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Màster Universitari UAB |  | Màster no EEES |  | Especialistes Ciències de la Salut (ECS) |
|  | Màster Universitari de l’Estat Espanyol |  | Graduat Estat Espanyol 300 ECTS \* |  | 2 anys avaluació positiva d’Especialista en Ciències de la Salut (ECS) |
|  | Màster EEES |  | DEA Estat Espanyol |  | Títol espanyol de Doctor  |
|  | Enginyeria, Llicenciatura en Medicina, Psicologia, Farmacologia , Dret i Veterinària ( Prèvia autorització de la Comissió Acadèmica del Programa del Doctorat) |

|  |
| --- |
| **Proposta d’un director de tesi per part del doctorand (informació opcional)** |

**Assignació del tutor, indiqueu nom i cognoms**; (**si no pertany a la UAB cal indicar el seu DNI i Universitat/ Institució i Departament/Institut al qual pertany)**

**-** Tutor/a (Informació Obligatòria): ...........................................................................................................................................

|  |
| --- |
| **El Coordinador acorda que aquest estudiant haurà de cursar com a complements de formació la docència següent (cal indicar el nom del Màster Universitari , el codi del mòdul i el nombre de crèdits que caldrà cursar):****L’admissió al programa de doctorat la resol el rector, i està condicionada a la superació dels complements de formació, en cas que n’hi hagi.**  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L’/la interessat/da**  | **Signatura del vistiplau del tutor** | **Signatura (opcional) del vistiplau de la persona proposada com a director.** | **El/la coordinador/a del programa de doctorat autoritza l’accés al PROGRAMA DE DOCTORAT** |
| Signatura | Signatura | Signatura | Nom, cognoms i signatura i segell del Departament / Institut del Doctorat |

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