UNIVERSITAT DE BARCELONA

Facultat de Medicina
Secretaria d'Estudiants i Docència

Casanova, 143
08036 Barcelona
e- mail : secretariamedicina@ub.edu

CANVI D'ADSCRIPCIÓ A DEPARTAMENT EN PROGRAMES INTERDEPARTAMENTALS

En/Na _____ amb DNI _____
domiciliat a _____ _____
carrer Número
de _____ Codi postal _____ telèfon _____
llicenciat/ada en _____
Per la Universitat de _____ l'any _____

Que ha realitzat el primer any en el programa de doctorat :
_____ Bienni: _____
en el Departament de _____
de la Facultat de _____

SOL.LICITA: de conformitat amb l'acord de la Comissió de Doctorat de Consell de Govern de data 23 de novembre de 2003, el canvi per continuar el segon any al Departament de:

_____

de la Facultat de: _____

Tenint com a Tutor al Dr/a : _____

i amb el vist i plau del coordinador/a departamental del programa Dr./a :

_____

LLoc i data _____

Signatura Tutor Vist i plau coordinador departamental programa Signatura de l'alumne

DEPARTAMENT _____

En la reunió del Consell de Departament del dia ____ d'/de _____ de 200__, s'acorda acceptar la adscripció del doctorand al departament per a la realització del segon any del programa sol.licitat

Lloc i data: _____

El Director del Departament,

Signat: _____

Documentació que s'ha d'adjuntar a aquesta sol.licitud:
(1) Certificació dels estudis de primer any (en el cas que el programa cursat no estigui vinculat a la Facultat de Medicina)

Sr. PRESIDENT DE LA COMISSIÓ DE DOCTORAT-POSTGRAU I ALTRES ENSENYAMENTS DE LA FACULTAT DE MEDICINA