SOL.LICITUD DE CONVALIDACIÓ D'ESTUDIS DE DOCTORAT

Facultat de Medicina

NOM _____ **COGNOMS** _____ **DNI o PASSAPORT** _____

DOMICILI _____ **CP** _____ **POBLACIÓ** _____ **TELÈFON** _____

EXPOSO:

Que havent cursat estudis del Programa de Doctorat _____ , bienni _____ al Department _____ de la Universitat _____ superades les assignatures que acredito amb la documentació annexa, **(Cal aportar una còpia de l'expedient. Per als alumnes procedents de Programes de Doctorat no impartits per la Facultat de Medicina de la UB, cal aportar certificació acadèmica així com els programes de les assignatures aprovades)**

DEMANO:

La convalidació de les assignatures superades per les seves equivalents del **Programa de Doctorat:**

PROGRAMA	**bienni**

ASSIGNATURES/TREBALLS TUTELATS SUPERATS AL PROGRAMA DE PROCEDÈNCIA			**ASSIGNATURES/TREBALLS TUTELATS PER CONVALIDAR**				**INFORME DEL COORDINADOR GENERAL DEL PROGRAMA (1)**	
CODI	**NOM**	**CRÈDITS**	**CODI**	**NOM**	**TIPUS (*)**	**CRÈDITS**	**SI / NO**	**MOTIU DE LA DENEGACIÓ**

Haurà de realitzar ☐ crèdits per a finalitzar el nou programa. amb l'obligació d'obtenir ☐ crèdits fonamentals.

Signatura alumne

Coordinador/a General del Programa

Signatura

Nom

Cap de Departament

Signatura

Nom

Barcelona,

(*) TIPUS: Fonamentals – **M**etodològiques – **A**fins - **AL**ienes

Sr. President de la Comissió de Doctorat de la Facultat de Medicina

(1) En cas de programes de doctorat no interdepartamentals, l'informe correspon al Coordinador del Programa