



En/Na DNI:  
domiciliat/da en c/.  
Codi postal Tlf. e-mail presenta al Departament de  
un exemplar de la tesi doctoral dirigida  
/codirigida pel Dr./a. el títol del qual és

**AUTORITZACIÓ DEL DIRECTOR/A /S, CODIRECTOR/A /S DE LA TESI**

El Dr./a.  
professor/a del Departament  
autoritza la presentació de la tesi.  
Signatures (director/a, i si s'escau codirector/a) :

**RATIFICACIÓ DEL TUTOR/A DE LA TESI.** (si el director/a no és professor/a del departament responsable)

El Dr./a. professor/a del Departament  
de , ratifica l'autorització del Director/a de la tesi.  
Signatura:

**DADES ACADÈMIQUES**

Llicenciat en per la Universitat de ha realitzat el programa  
de doctorat bienni i ha superat els 32 crèdits  
necessaris per assolir la suficiència investigadora la qual se li va concedir d'acord amb el Decret 185/85 amb  
data o amb el Decret 778/98 (DEA) amb data

i el nom del Director i Tutor de tesi, si escau, coincideix amb les dades de la inscripció registrada.

L'interessat/da està al corrent del pagament de les tuteles acadèmiques corresponents.

CONFORME LA SECRETARIA DE LA FACULTAT DE MEDICINA

Signatura Director

Data :

Nom i cognoms

**SIGNATURA DEL DOCTORAND:**

Autoritzo SI NO a la Comissió de Doctorat-Postgrau a realitzar, en el cas que es consideri necessari, una fotocòpia de la meua tesi doctoral i per donar la meua adreça al claustre de Doctors de la UB