



En/Na \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_  
domiciliat/da en \_\_\_\_\_ c/. \_\_\_\_\_  
Codi postal \_\_\_\_\_ Tlf. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_ presenta a la Comissió del Programa  
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. \_\_\_\_\_  
del Programa de Doctorat de \_\_\_\_\_ 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 pertany al Programa de Doctorat)**

El Dr./a. \_\_\_\_\_ del Programa de Doctorat  
de \_\_\_\_\_ , ratifica l'autorització del Director/a de la tesi.

Signatura:

**DADES ACADÈMIQUES**

Llicenciat en \_\_\_\_\_ per la Universitat de \_\_\_\_\_ matriculat en el Programa  
de Doctorat \_\_\_\_\_ des del curs acadèmic \_\_\_\_\_

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 matrícules del programa corresponent.

CONFORME LA SECRETARIA DE LA FACULTAT DE MEDICINA

Signatura Coordinador

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