SOL.LICITUD DE CONVALIDACIÓ D'ESTUDIS DE DOCTORAT

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

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

EXPOSO:

Que havent cursat estudis del Programa de Doctorat _____, bienni _____ al

Department _____ de la Universitat _____ i 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 d'Odontologia 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 SUPERADES AL PROGRAMA DE PROCEDÈNCIA			**ASSIGNATURES A CONVALIDAR**				**INFORME DEL COORDINADOR GENERAL DEL PROGRAMA (1)**	
CODI	**NOM**	**CRÈDITS**	**CODI**	**NOM**	**TIPUS (*)**	**CRÈDITS**	**SI / NO**	**MOTIU DE LA DENEGACIÓ**

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

Signat:

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 d'Odontologia

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