|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  Doctorat Infermeria i Salut  |  |  |
|  |  |  |
|  Escola d’Infermeria  | Campus Bellvitge Pavelló de Govern, 3a planta Feixa Llarga, s/n08907 L’Hospitalet de Llobregat  | Tel. +34 934 024 292doctoratinfermeriaisalut@ub.eduwww.ub.edu/infermeria |



**CANVIAR TÍTOL DE TESI**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| En/Na | Nom i cognoms | DNI/passaport | DNI. | mail | mail. |

|  |  |
| --- | --- |
| Alumne/a del programa de doctorat en: | **INFERMERIA I SALUT** |

 **SOL·LICITA:** CANVIAR TÍTOL DE LA TESI

|  |
| --- |
| Títol antic |
| Clic aquí per escriure text |
| Títol nou |
| Clic aquí per escriure text. |

|  |  |
| --- | --- |
| Lloc i data | Clic aquí per escriure text. |

Els/Les Directors/es de la tesi: Vist-i-plau Signatura de l’alumne/a:

Signatura: El/La tutor/a:

 Signatura:

OMPLIR PER LA COMISSIÓ ACADÈMICA

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |
| PROGRAMA |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| En la reunió de la Comi | ssió Acadèmica del dia |  |  |  | S’acorda admetre la |
| modificació sol·licitada | da |  |  |  |  |  |
|  |  | Lloc i data: |  |  |  |  |
|  |  |  | El/La President/a, |  |  |  |
|  |  |  | Signat: | . |  |  |
|  |  |  |  |  |