|  |  |
| --- | --- |
| Administració de Bellvitge **Model A**  |  |
| **Secretaria d’Estudiants i Docència** | C/ Feixa Llarga, s/n Pavelló de Govern, 1ª PlantaCampus de Ciències de la Salut de Bellvitge08907 L’Hospitalet de Llobregat | Tel. +34 934 024 293Fax +34 934 024248secretariabellvitge@ub.eduwww.ub.edu |



**FACULTAT DE MEDICINA I CIÈNCIES DE LA SALUT**

**CAMPUS BELLVITGE - ESCOLA D’INFERMERIA**

***Perfil del/de la doctor/a proposat/da com membre de tribunal de tesi doctoral*** *Perfil del/de la doctor/a propuesto/a como miembro de tribunal de tesis doctoral*

(Aprovat Comissió Doctorat de Centre, Escola d’Infermeria, en sessió del 9 de juliol de 2018)

|  |
| --- |
| ***Perfil PROFESSOR/A U.B / U.R.V*** (Dedicació temps complert) |
| **Dades personals i acadèmiques*Datos personales y académicos*** |
| Dr./a. |  |
| Per la Universitat de:*Por la Universidad de*  |  |
| Data títol de Doctor/a:Fecha del título de doctor/a |  |
| En el programa de doctorat*En el programa de doctorado* |  |
| N.I.F.: |  | Categoria laboral acadèmica:*Categoría laboral académica* |  |
| **Dades de tramesa de la documentacióNota: Si la documentación s’ha d’enviar a una adreça particular no es necessari posar les dades Universitat/Departament*Dirección de envio de la documentación******Nota: Si la documentación se tiene que enviar a una dirección particular no es necesario poner los datos Universidad/Departament.*** |
| Universitat i/o Centre:*Universidad y/o Centro:* |  |
| Departament/Servei:*Departamento/Servicio:* |  |
| Adreça:*Dirección*: |  |
| Codi postal:*Cód. Postal:* |  | Població:*Población* |  |
| Telèfon:*Teléfono:* |  | e-mail: |  |

***Molt important a emplenar / Muy importante a rellenar***

***ACREDITACIÓ DE L’EXPERIENCIA INVESTIGADORA / Acreditación de la experiencia investigadora
Per formar part del Tribunal s’haurà d’acreditar l’experiència investigadora amb les condicions següents:****Para formar parte del Tribunal se tendrá que acreditar la experiencia investigadora con las condiciones siguientes:*

|  |
| --- |
| 1. **Títol de doctor amb més d’un any d’antiguitat /** *Título de doctor con más de un año de antigüedad*

**Data Títol Doctor** */ Fecha Título doctor:*  |
| 1. **Acreditar algun dels següents criteris /** Acreditar alguno de los siguientes criterios:
 |
| * 1. **Tenir un tram de recerca viu i/o sis trams reconeguts /** *Tener un tramo de investigación vivo y/o seis tramos reconocidos*

 **Data de l’últim reconeixement /** *Fecha del último reconocimiento:* |
| * 1. **Tenir reconegudes 800 hores de recerca en el Pla de Dedicació Acadèmica de la UB** **o Ser Investigador Actiu de la URV**/ *Tener reconocidas 800 horas de investigación en el Plan de Dedicación Académica de la UB o Ser Investigador Activo de la URV*

**Data de l’últim reconeixement /** *Fecha del último reconocimiento:* |

**Data i signatura /Fecha y Firma**

**Adjuntar Currículum Vitae**