|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Administració de Bellvitge **Model C** | | |  |
| **Secretaria d’Estudiants i Docència** | C/ Feixa Llarga, s/n  Pavelló de Govern, 1ª Planta  Campus de Ciències de la Salut de Bellvitge  08907 L’Hospitalet de Llobregat | Tel. +34 934 024 293  Fax +34 934 024248  secretariabellvitge@ub.edu  www.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 altres INVESTIGADORS*** | | | | | | | |
| **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 documentació Nota: 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. **Tenir una publicació indexada a JCR de quasevol quartil en els últims 5 anys:** *Tener una publicación indexada en JCR en cualquier cuartil en los últimos 5 años.***Especificar títol de la publicació i indicis de qualitat.**   *Especificar título de la publicación e indicios de calidad.* |
| 1. **Acreditar algun dels següents criteris /** Acreditar alguno de los siguientes criterios: |
| * 1. **Pertànyer a un Grup de Recerca Reconegut per Organisme Oficial (Nom grup, codi, IP i entitat que li ha donat el reconeixement reconeixement)** *Pertenecer a un Grupo de Investigación Consolidado (Nombre grupo, código, IP y entidad que lo ha reconocido)* |
| * 1. **Ser investigador principal o membre d’un projecte competitiu finançat viu o finalitzat en els últims 4 anys (posar nom i codi del projecte, entitat finançadora i nom de l’IP si s’és membre de l’equip investigador)**   **Data d’inici ……………. Data finalització ………………..**  *Ser Investigador principal o miembro de un proyecto competitivo financiado vivo o finalizado en los últimos 4 años (poner nombre y código del proyecto y entidad financiadora)*  *Fecha inicio…………………………. Fecha de finalización ……………………….* |
| * 1. **Haver dirigit una tesi doctoral (Títol i any de lectura de la última Tesi dirigida)**   *Haber dirigido una tesi doctoral (Título y año de lectura de la última tesi Tesis dirigida* |
| * 1. **Acreditació de recerca o recerca avançada AQU amb vigència de 6 anys des de l’informe favorable (Indicar data d’acreditació/** *Indicar fecha de acreditación)* |

**Data i signatura /Fecha y Firma**

**Adjuntar Currículum Vitae**