|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nome | | DNI: |
| Apelidos: | | Nome: |
| Enderezo: | | Teléfono: |
| CP: | Localidade: | Provincia: |
| Realizados os cursos de doutoramento no programa      do Departamento de     no Bienio  Solicita poder realizar a súa Tese de doutoramento no Departamento de  Baixo a dirección de D/Dª (\*)  co título de  (\*) No caso de que o/a director/a da tese non sexa profesor/a dese Departamento, deberá nomearse un titor/a, que deberá aceptar o seu nomeamento e emiti-lo pertinente informe  Vigo, a       de      de  O/A INTERESADO/A O/A DIRECTOR/A  Asdo. Asdo | | |

|  |
| --- |
| DATOS A CUBRIR POLO DEPARTAMENTO  O Consello de Departamento de  na súa sesión de data  acordou informar      a presente solicitude.        a       de       de  O/A DIRECTOR/A DO DEPARTAMENTO  (selo do Dpto)  Asdo. |