|  |  |
| --- | --- |
| 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 informeVigo, a       de      de       O/A INTERESADO/A O/A DIRECTOR/A Asdo. Asdo       |

|  |
| --- |
| DATOS A CUBRIR POLO DEPARTAMENTOO 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.       |