|  |  |
| --- | --- |
| Administració de Bellvitge **Model C** |  |
| **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 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 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. **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**