|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DADES PERSONALS DOCTORAND/A** | | | |
| Cognoms, Nom: | | | NIUB: |
| E-mail: | | DNI/ Passaport: | |
| Adreça: | CP: | Població: | |

|  |
| --- |
| **Programa de doctorat:** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DIRECTOR(S) DE LA TESI** | | | |
| (1)Cognoms: | | | |
| Nom: | DNI: | | E-mail: |
| Dept./Institució: | | Universitat: | |
| (2)Cognoms: | | | |
| Nom: | DNI: | | E-mail: |
| Dept./Institució: | | Universitat: | |
| **TUTOR (encara que coincideixi amb el director)** | | | |
| Cognoms: | | | |
| Nom: | DNI: | | E-mail: |
| Dept.: | | Universitat: | |

|  |
| --- |
| **SOL.LICITA** |
| L’autorització a la Comissió Acadèmica del Programa de Doctorat en ………..………………………..…  ……………………...…. per a realitzar una estada de recerca des de ……….……. fins a ……...…..……  en el departament/institut/centre de ………………………….………………………………………..……  Universitat/Institució:………………………….................................... País: ………………..………..  I perquè consti, signo la present  Barcelona, ……de …………………de ……..… El/la doctorand(a):    Sign.: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Vist i plau director de la tesis (1)  Sign.: …..……….……………… | Vist i plau director de la tesi (2)  Sign.: ……….………….…… | Vist i plau tutor  Sign.: ……………………. |

|  |
| --- |
| **RESOLUCIÓ DE LA COMISSIÓ ACADÈMICA** |
| A la vista de la sol·licitud presentada pel doctorand, la Comissió Acadèmica del Programa de Doctorat en ………………………………………………...………………………….…….………………………..  AUTORITZA NO AUTORITZA (marqui la que correspongui) la realització d’estada sol·licitada.  Barcelona, .……de ……………… de 20…..…  El/La coordinador/a del programa de doctorat  Sign.: …………………………………… |