**SOLICITUD DE DEFENSA DE TESIS MEDIANTE VIDEOCONFERENCIA / APPLICATION FOR THESIS DEFENCE BY VIDEOCONFERENCE**

|  |
| --- |
| **DATOS DEL SOLICITANTE / CANDIDATE´S INFORMATION** |
| Apellidos / Surname: | Nombre / First Name: |
| DNI o Pasaporte / ID or Passport Nº: | e-mail: |
| Programa de Doctorado / Doctoral Programme: |

|  |
| --- |
| **SOLICITA / REQUEST** |
| Realizar la defensa de mi tesis doctoral mediante videoconferencia por los motivos que se detallan a continuación / To defend my doctoral thesis by videoconference for the following reasons: |

|  |
| --- |
| **DECLARACIÓN / *DECLARATION*** |
| MANIFIESTO QUE / *I DECLARE THAT*: 1. Acepto realizar la defensa de la tesis doctoral referenciada por videoconferencia mediante la plataforma proporcionada por la Escuela de Doctorado / *I agree to defend the above referenced doctoral thesis in a videocall using the platform that is offered by the PhD School* 2. Dispongo de los medios tecnológicos necesarios para participar en el proceso / *I have access to the necessary technological means to take part in this process* |

|  |
| --- |
| **FIRMA DIRECTORES / SIGNATURE DIRECTORS** |
| Director: Nombre y apellidos / *First name & surname* | Firma/Signature |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| **FIRMA Y FECHA SOLICITANTE / *SIGNATURE AND DATE CANDIDATE*** |
| Fecha / *Date* | En\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_\_ de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2.02\_\_\_\_ |
| Firma / *Signature* |  |

|  |
| --- |
| **FIRMA Y FECHA APROBACIÓN COMISIÓN ACADÉMICA / SIGNATURE AND DATE OF APPROVAL ACADEMIC COMMISSION** |
| Fecha / *Date* | Firma COMISIÓN ACADÉMICA / *Signature, ACADEMIC COMMISSION* | Firma DIRECCIÓN E / *Signature, EIDUCAM MANAGEMENT* |
| Murcia, \_\_\_\_\_\_\_\_\_ de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 2.02\_\_\_ |  |  |

|  |
| --- |
|  |