**SOLICITUD DE SUSTITUCIÓN Y/O INCORPORACIÓN DE DIRECTOR/ES DE TESIS**

|  |
| --- |
| **DATOS DEL DOCTORANDO**  |
| Apellidos y nombre: |
| DNI: | e-mail: |
| **DATOS ACADÉMICOS** |
| Programa de Doctorando: |
| Título de la Tesis |
| Área de Conocimiento: |

|  |  |
| --- | --- |
| **Fecha solicitud** |  |
| **Firma del solicitante** |  |

|  |
| --- |
| **SOLICITA** |
| Las modificaciones, que se detallan a continuación, en la dirección de su Tesis Doctoral.**\*** |

**\* En la solicitud debe de ir marcado la aceptación de los nuevos directores de tesis y, la aceptación o renuncias de los que ya lo son. Debe ser firmada por todas las partes.**

|  |  |
| --- | --- |
|  **DIRECTOR** | Apellidos y nombre: |
| DNI: | Universidad: |
| e-mail | Tfno.: |
| ACEPTA |  | (Fecha y firma): |
| RENUNCIA |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **DIRECTOR** | Apellidos y nombre: |
| DNI: | Universidad: |
| e-mail | Tfno.: |
| ACEPTA |  | (Fecha y firma): |
| RENUNCIA |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **DIRECTOR** | Apellidos y nombre: |
| DNI: | Universidad: |
| e-mail | Tfno.: |
| ACEPTA |  | (Fecha y firma): |
| RENUNCIA |  |

|  |
| --- |
| **RESOLUCIÓN DE LA COMISIÓN ACADÉMICA DEL PROGRAMA**  |
| La Comisión Académica del Programa de Doctorado en su reunión de fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_: [ ]  APRUEBA la modificación en la Dirección.[ ]  RECHAZA la modificación en la Dirección. V.º B.º Presidente/a Secretario/a, |