



SOLICITUD DE LECTURA DE TESIS EN LA FACULTAD

DATOS DEL DOCTORADO:

D./D^a. _____ con DNI _____

Correo electrónico a efecto de notificaciones _____

Teléfono _____ Departamento _____

TÍTULO DE LA TESIS

DATOS DEL DIRECTOR/A DE LA TESIS

Nombre y apellidos _____

Departamento _____

Centro _____

SOLICITA:

Realizar la lectura de su Tesis Doctoral el día _____ a la hora _____
en (indicar lugar de lectura) _____

(El lugar de lectura podrá ser modificado por otro espacio en función de las necesidades del Decanato)

Zaragoza, a ____ de _____ de 20__

Firmado: _____

SR. DECANO DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA.

Observaciones del Centro:

V^oB^o El Decano