



**AVAL DE DIRECCIÓN DE TESIS DOCTORAL**  
**Programa de Doctorado en Medicina de la Universidad de Zaragoza**

**Doctorando/a**

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

D.N.I.: \_\_\_\_\_ NIE: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Director/a o Directores/as**

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

D.N.I.: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

Dpto. Universidad/ Centro de Investigación: \_\_\_\_\_

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

D.N.I.: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

Dpto. Universidad/ Centro de Investigación: \_\_\_\_\_

Los abajo firmantes avalan la solicitud de admisión del alumno/a para la realización de la tesis doctoral en el Programa de Doctorado en Medicina de la Universidad de Zaragoza y manifiestan su conformidad con la posibilidad de ser asignados como director/es de dicha tesis doctoral, comprometiéndose a proporcionar al solicitante el apoyo y los medios necesarios para la realización del trabajo de investigación asociado a la tesis doctoral.

Firmado en \_\_\_\_\_ a fecha: \_\_\_\_\_

Director/a

Co-Director/a

Fdo: \_\_\_\_\_

Fdo: \_\_\_\_\_