



## SOLICITUD DE LECTURA DE TESIS EN LA FACULTAD

### DATOS DEL DOCTORADO:

D./D<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_ 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: \_\_\_\_\_

*Según lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que sus datos pasan a formar parte de los ficheros de Estudiantes o Personal de la Universidad de Zaragoza, cuya finalidad es la gestión administrativa de Estudiantes o Personal, así como su participación en los servicios universitarios. Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación o cancelación de sus datos remitiendo un escrito al Sr. Gerente de la Universidad.*

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

**Observaciones del Centro:**

**VºBº El Decano**