Facultad de Medicina
Universidad Zaragoza

Limpiar Formulario | Imprimir

Rellenar y enviar a dirmediz@unizar.es y csjmediz@unizar.es

SOLICITUD DE LECTURA DE TESIS EN LA FACULTAD

DATOS DEL DOCTORADO:

D./Dª. _____ 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 3/2018 de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, 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, limitación, oposición o portabilidad ante el Gerente de la Universidad de Zaragoza.

SRA. DECANA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA.

Observaciones del Centro:

VºBº La Decana

Mar García García

Zaragoza, a ____ de _____ de 20___