**PROGRAMA DE DOCTORADO EN FARMACIA**

**FACULTAD DE FARMACIA**

**(UNIVERSIDAD COMPLUTENSE Y UNIVERSIDAD DE ALCALÁ)**

**FICHA DE INSCRIPCIÓN EN EL PROGRAMA (CURSO 202 -202 )**

 **DATOS DEL DOCTORANDO**

Apellidos y Nombre

 DNI

 Dirección de contacto:

 Teléfono de contacto: Laboratorio: .......................................Particular .

 Correo electrónico

 **DATOS DEL TUTOR:**

 Apellidos y Nombre........................................................................... DNI

 Departamento

Fecha y Firma del Tutor

 **DATOS DEL DIRECTOR O DIRECTORES DE LA TESIS DOCTORAL (Máximo 3):**

 ***(Se rellenará posteriormente****, a partir de la adjudicación del Director o Directores por la Comisión Académica del Programa).*

 Apellidos y Nombre DNI

 Cargo Institución

 Teléfono............................................Correo Electrónico

 Apellidos y Nombre DNI

 Cargo Institución

 Teléfono............................................Correo Electrónico

 Apellidos y Nombre DNI

 Cargo Institución

 Teléfono............................................Correo Electrónico

 **TÍTULO ABREVIADO DE LA TESIS DOCTORA**L (Máximo 100 caracteres)

El/Los abajo firmante/s se compromete/n a dirigir la investigación del doctorando (Tesis Doctoral).

Fecha y Firma del Director

Fecha y Firma del Director

Fecha y Firma del Director