**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