## PROPUESTA DE TRIBUNAL DE DEFENSA DE TESIS DOCTORAL

## (ART. 6 DEL REGLAMENTO DE ELABORACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA TESIS DOCTORAL)

La Comisión Académica del Programa de Doctorado

y, en su nombre, el Secretario/a de la misma D/Dª

**SOLICITA** a la Comisión de Doctorado de la UPM que se acepte la siguiente propuesta de tribunal para la defensa de la tesis doctoral titulada

de D/Dª \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con D.N.I.

alumno/a de este programa.

**TRIBUNAL PROPUESTO**

1. **Presidente**

D/Dª

Fecha de nacimiento

Nacionalidad

NIF

Residente en España € Si € No

Mail

Doctor en:

Doctor por la Universidad:

Cargo:

Centro u organismo:

Universidad:

Dirección del Centro:

Teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Departamento:

Idoneidad del candidato propuesto

1. **Secretario**

D/Dª

Fecha de nacimiento

Nacionalidad

NIF

Residente en España € Si € No

Mail

Doctor en:

Doctor por la Universidad:

Cargo:

Centro u organismo:

Universidad:

Dirección del Centro:

Teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Departamento:

Idoneidad del candidato propuesto

1. **Vocal**

D/Dª

Fecha de nacimiento

Nacionalidad

NIF

Residente en España € Si € No

Mail

Doctor en:

Doctor por la Universidad:

Cargo:

Centro u organismo:

Universidad:

Dirección del Centro:

Teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Departamento:

Idoneidad del candidato propuesto

1. **Vocal**

D/Dª

Fecha de nacimiento

Nacionalidad

NIF

Residente en España € Si € No

Mail

Doctor en:

Doctor por la Universidad:

Cargo:

Centro u organismo:

Universidad:

Dirección del Centro:

Teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Departamento:

Idoneidad del candidato propuesto

1. **Vocal**

D/Dª

Fecha de nacimiento

Nacionalidad

NIF

Residente en España € Si € No

Mail

Doctor en:

Doctor por la Universidad:

Cargo:

Centro u organismo:

Universidad:

Dirección del Centro:

Teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Departamento:

Idoneidad del candidato propuesto

1. **Suplente**

D/Dª

Fecha de nacimiento

Nacionalidad

NIF

Residente en España € Si € No

Mail

Doctor en:

Doctor por la Universidad:

Cargo:

Centro u organismo:

Universidad:

Dirección del Centro:

Teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Departamento:

Idoneidad del candidato propuesto

1. **Suplente**

D/Dª

Fecha de nacimiento

Nacionalidad

NIF

Residente en España € Si € No

Mail

Doctor en:

Doctor por la Universidad:

Cargo:

Centro u organismo:

Universidad:

Dirección del Centro:

Teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Departamento:

Idoneidad del candidato propuesto

**Nota**: Se debe adjuntar el impreso de aceptación de cada uno de los miembros del tribunal.

### Madrid, a \_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_

|  |
| --- |
| El/La Secretario/a de la Comisión    Fdo: D/Dª |