



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

Solicitud de Autorización excepcional para la defensa telemática de tesis doctorales (ANEXO I)

Presidente/a del tribunal

Nombre y apellidos	Correo electrónico
--------------------	--------------------

Secretario/a del tribunal

Nombre y apellidos	Correo electrónico
--------------------	--------------------

Datos del doctorando/a

DNI/NIE/Pasaporte	Nacionalidad	Sexo <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	Teléfono	Correo electrónico
Nombre	Apellidos			
Facultad	Programa de Doctorado			

Datos de la tesis

Título de la tesis	
Director/es (Nombre y Apellidos)	
Mención Doctor Internacional <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Fecha y hora previstas para la defensa

Indicar los motivos por los que solicita la defensa en modalidad telemática

--

El/la Presidente/a del tribunal,

Fecha _____

Firma _____

AUTORIZACIÓN DE LA DEFENSA TELEMÁTICA

El/la Decano/a de la Facultad o persona en quien delegue, RESUELVE:	
<input type="checkbox"/> AUTORIZAR la solicitud de defensa en los términos solicitados.	
<input type="checkbox"/> NO AUTORIZAR la solicitud.	
Fecha _____	Firma _____

SR./SRA. DECANO/A DE LA FACULTAD DE _____