



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

Solicitud de Autorización para la defensa presencial o semipresencial de tesis doctorales

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 la modalidad de defensa solicitada

<input type="checkbox"/> Presencial (todos los miembros del tribunal)	<input type="checkbox"/> Semipresencial (participación por videoconferencia de hasta tres miembros del tribunal, con excepción del Presidente/a y del Secretario/a) Número de miembros que actuarán por videoconferencia: _____
--	---

El/la Presidente/a del tribunal,

Fecha _____

Firma _____

AUTORIZACIÓN DE LA DEFENSA PRESENCIAL

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 _____

La concesión de autorización supone la asunción por parte del Centro del deber de efectuar, a la entrada de la sesión, un registro con los datos de los asistentes al acto.

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