



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

☐ H ☐ 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

☐

SI

☐

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:

☐ **AUTORIZAR** la solicitud de defensa en los términos solicitados.

☐ **NO AUTORIZAR** la solicitud.

Fecha _____

Firma _____

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