**SOLICITUD**

**AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR ESTANCIA DOCTORAL PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE DOCTOR EN RÉGIMEN DE COTUTELA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| APELLIDOS: | | | NOMBRE: |
|  | | |  |
| DNI/PASAPORTE: | TELÉFONO: | CORREO ELECTRÓNICO: | |
|  |  |  | |
| DOMICILIO: | | | |
|  | | | |
| CÓDIGO POSTAL: | LOCALIDAD: | PROVINCIA: | PAÍS: |
|  |  |  |  |
|  | | | |
| PROGRAMA DE DOCTORADO SOLICITADO/ADMITIDO EN LA UCO: | | | |
|  | | | |
| LINEA DE INVESTIGACIÓN: | | | |
|  | | | |

**DATOS DE LA ESTANCIA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN DE DESTINO: | | |
|  | | |
| DEPARTAMENTO O CENTRO DE INVESTIGACIÓN: | | |
|  | | |
| CIUDAD: | | PAIS: |
|  | |  |
| NOMBRE DEL RESPONSABLE: | CARGO DEL RESPONSABLE: | |
|  |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| El/la Alumno/a | |  | | Los/as Directores/as | | |
|  | |  | |  | | |
| Fdo.: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre y Apellidos | |  | | Fdo.: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre y Apellidos | |

**Para cumplimentar exclusivamente por la Comisión Académica del Programa de Doctorado:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| La Comisión Académica del Programa de Doctorado en *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* , reunida con fecha \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_,   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | **AUTORIZA** |  | **NO AUTORIZA** |   la estancia doctoral en el destino especificado.  Fdo.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Coordinador/a de la Comisión Académica del Programa de Doctorado** |