**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** |