

D./D^a _____

DNI/Pasaporte/NIE _____

Calle _____ N^o _____ Piso _____ Letra _____

Localidad _____

Provincia _____ C.P. _____

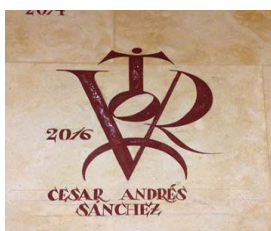
Correo electrónico _____ Teléfono _____

Programa de doctorado cursado _____

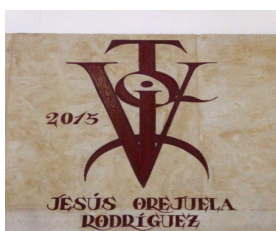
Director/a de la tesis _____

Año de lectura de la tesis _____

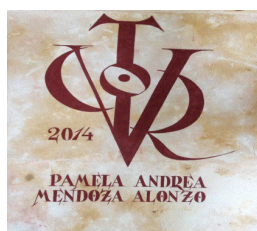
SOLICITA:



MODELO – A



MODELO – B



MODELO – C



MODELO – D



MODELO – E



MODELO – F

Lugar donde sugiere que se pinte

Adjuntando los siguientes documentos que acreditan ser Doctor/a:

1. _____
2. _____

Salamanca, ____ de _____ de 20 ____

(firma del interesado/a)