

## PROPUESTA DE TRIBUNAL DE TESIS DOCTORAL

DATOS DEL DOCTORANDO/A	
Doctorando/a	Indique nombre
Curso académico	Indique Curso académico

DATOS DE LA TESIS DOCTORAL	
Programa de doctorado	
Título de la tesis	
Director/a	
Tutor/a	

DATOS DEL TRIBUNAL	
Presidente/a	
Apellidos	Nombre
DNI/Pasaporte:	
Doctor/a en:	
Categoría Académica o Investigadora actual:	
Marca lo que corresponda <input type="checkbox"/> Profesor/a de Universidad <input type="checkbox"/> Investigador/a	
Universidad, Centro de investigación o Institución:	
Departamento:	
Localidad/País:	
Correo electrónico:	
Número de Teléfono:	
Número de tramos de investigación con evaluación favorable (Sexenios):	

Incluir 3 publicaciones relacionadas con el campo de la tesis

Publicación 1

Publicación 2

Publicación 3

Otros datos que justifiquen su nombramiento como miembro del tribunal:



DATOS DEL TRIBUNAL	
Secretario/a	
Apellidos	Nombre
DNI/Pasaporte:	
Doctor/a en:	
Categoría Académica o Investigadora actual:	
Marca lo que corresponda <input type="checkbox"/> Profesor/a de Universidad <input type="checkbox"/> Investigador/a	
Universidad, Centro de investigación o Institución:	
Departamento:	
Localidad/País:	
Correo electrónico:	
Número de Teléfono:	
Número de tramos de investigación con evaluación favorable (Sexenios):	

Incluir 3 publicaciones relacionadas con el campo de la tesis

Publicación 1

Publicación 2

Publicación 3

Otros datos que justifiquen su nombramiento como miembro del tribunal:



DATOS DEL TRIBUNAL	
Vocal	
Apellidos	Nombre
DNI/Pasaporte:	
Doctor/a en:	
Categoría Académica o Investigadora actual:	
Marca lo que corresponda <input type="checkbox"/> Profesor/a de Universidad <input type="checkbox"/> Investigador/a	
Universidad, Centro de investigación o Institución:	
Departamento:	
Localidad/País:	
Correo electrónico:	
Número de Teléfono:	
Número de tramos de investigación con evaluación favorable (Sexenios):	

Incluir 3 publicaciones relacionadas con el campo de la tesis

Publicación 1

Publicación 2

Publicación 3

Otros datos que justifiquen su nombramiento como miembro del tribunal:



--

DATOS DEL TRIBUNAL	
Suplente	
Apellidos	Nombre
DNI/Pasaporte:	
Doctor/a en:	
Categoría Académica o Investigadora actual:	
Marca lo que corresponda <input type="checkbox"/> Profesor/a de Universidad <input type="checkbox"/> Investigador/a	
Universidad, Centro de investigación o Institución:	
Departamento:	
Localidad/País:	
Correo electrónico:	
Número de Teléfono:	
Número de tramos de investigación con evaluación favorable (Sexenios):	

Incluir 3 publicaciones relacionadas con el campo de la tesis

Publicación 1

Publicación 2

Publicación 3

Otros datos que justifiquen su nombramiento como miembro del tribunal:





DATOS DEL TRIBUNAL	
Suplente	
Apellidos	Nombre
DNI/Pasaporte:	
Doctor/a en:	
Categoría Académica o Investigadora actual:	
Marca lo que corresponda <input type="checkbox"/> Profesor/a de Universidad <input type="checkbox"/> Investigador/a	
Universidad, Centro de investigación o Institución:	
Departamento:	
Localidad/País:	
Correo electrónico:	
Número de Teléfono:	
Número de tramos de investigación con evaluación favorable (Sexenios):	

Incluir 3 publicaciones relacionadas con el campo de la tesis

Publicación 1

Publicación 2

Publicación 3

Otros datos que justifiquen su nombramiento como miembro del tribunal:



--

DATOS DEL TRIBUNAL	
Suplente	
Apellidos:	Nombre:
DNI/Pasaporte:	
Doctor/a en:	
Categoría Académica o Investigadora actual:	
Marca lo que corresponda <input type="checkbox"/> Profesor/a de Universidad <input type="checkbox"/> Investigador/a	
Universidad, Centro de investigación o Institución:	
Departamento:	
Localidad/País:	
Correo electrónico:	
Número de Teléfono:	
Número de tramos de investigación con evaluación favorable (Sexenios):	

Incluir 3 publicaciones relacionadas con el campo de la tesis

Publicación 1

Publicación 2

Publicación 3

Otros datos que justifiquen su nombramiento como miembro del tribunal:



--

La Comisión Académica del Programa de Doctorado en Indique ciudad, en su reunión de fecha Seleccione fecha, oído el/la director/a de la tesis, **ACORDÓ proponer los 6 miembros arriba reseñados.**

En Valencia, a Seleccione fecha

El/la Coordinador/a del Programa

Fdo.: Indique nombre

*(1) Este documento deberá ser firmado con firma manuscrita original o la firma electrónica de acuerdo con el art. 10 de la ley 39/2015. No se considera válida la inserción de imágenes de firmas al no poder garantizar su autenticidad.*