# Solicitud de depósito de la tesis doctoral

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Apellidos y nombre: |  | DNI: |  |
| Domicilio: |  |
| C.P.: |  | Teléfono: |  |
| Correo electrónico: |  |
| Expone: |  |
| [ ]  | Que cursa el programa de doctorado en: |
|  |
| Solicita: |  |
| Depositar la tesis doctoral titulada: |
|  |
|  |
| Director/a - Director/es. Debéis indicar la Universidad/Centro al que pertenece/n. |
| Línea de investigación: |
| Palma, |  |
| *Firma,* | Director/s de la tesis |
| Sr./Sra. Director/a de la Escuela de Doctorado  |