|  |
| --- |
| **DATOS PERSONALES** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| APELLIDOS/NOMBRE : | NUMERO DE PASAPORTE: | | | NACIONALIDAD: | |
|  |  | | |  | |
| CORREO ELECTRÓNICO: | NÚMERO DE TELEFONO : | | | | DOCTOR DESDE (año): |
|  |  | | | |  |
| UNIVERSIDAD: | | | PAÍS: | | |
|  | | |  | | |
| DEPARTMENTO: | | ÁREA DE INVESTIGACIÓN: | | | |
|  | |  | | | |

|  |
| --- |
| **DOCTORANDO/A:** |
|  |

|  |
| --- |
| **EXPERIENCIA INVESTIGADORA** |

**Por favor, enumere sus 5 publicaciones más relevantes, o proyectos de investigación en los que sea coordinador del proyecto, en los últimos 7 años:**

|  |
| --- |
|  |

El abajo firmante certifica la autenticidad de los datos proporcionados anteriormente y asume cualquier responsabilidad por las consecuencias de cualquier inexactitud, error u omisión en ellos.

**Con la firma del presente documento usted acepta y se compromete a realizar la cotutela de forma totalmente coordinada de la mencionada Tesis Doctoral.**

Firmado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_