**ANEXO I**

**SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN POR VIDEOCONFERENCIA DE UN TRIBUNAL DE TESIS DOCTORAL**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **A** | **DATOS DEL DIRECTOR/ES** | | |
| APELLIDOS Y NOMBRE DEL DIRECTOR 1 | | | |
| Apellidos | | *Nombre* | DNI / Passport/ NIE |
| e-mail | | *Teléfono* | Otros |
| APELLIDOS Y NOMBRE DEL DIRECTOR 2 | | | |
| Apellidos | | *Nombre* | DNI / Passport/ NIE |
| e-mail | | *Teléfono* | Otros |
| APELLIDOS Y NOMBRE DEL DIRECTOR 3 | | | |
| Apellidos | | *Nombre* | DNI / Passport/ NIE |
| e-mail | | *Teléfono* | Otros |

|  |  |
| --- | --- |
| **B** | **DATOS DE LA TESIS DOCTORAL** |
| *Candidato/a a Doctor/a (Apellidos y Nombre)*    *Correo electrónico:*    *Título de la Tesis Doctoral*    *Programa de Doctorado* | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **C** | **DATOS DEL TRIBUNAL** | |
| *Presidente (nombre y apellidos)* | | *Correo electrónico:* |
| *Vocal (nombre y apellidos)* | | *Correo electrónico:* |
| *Secretario (nombre y apellidos)* | | *Correo electrónico:* |

|  |  |
| --- | --- |
| **D** | **DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD** |
| El director/es de la tesis declara/n bajo su responsabilidad:Que presenta/n esta solicitud a instancias del doctorando.  1. Que los miembros del tribunal han declarado su disponibilidad para realizar la defensa por este medio de comunicación. 2. Que los miembros del tribunal y el doctorando han manifestado que cuentan con los medios tecnológicos suficientes para participar en el proceso de evaluación. | |

|  |  |
| --- | --- |
| **E** | **FIRMA Y FECHA** |
| Firma, (en su caso de todos los directores)  Director 1 Director 2 Director 3  Lugar:  Fecha: 28/04/2020 | |
|  | |

**COMISIÓN GENERAL DE DOCTORADO DE LA UNIVERSIDAD DE MURCIA.**