**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 3Lugar:       Fecha: 28/04/2020 |
|  |

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