|  |
| --- |
| **DATOS PERSONALES DE LA DOCTORANDA/O** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Apellidos: |   | Nombre: |   |
| DNI/NIE/Pasaporte: |   | Correo electrónico: |   | Teléfono: |   |
| Programa de doctorado: |   |
| Título de la tesis: |  . |

**EXPONE**

Ante las siguientes causas justificadas que imposibilitan mi presencia física en el acto de defensa de la tesis:

|  |
| --- |
| Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |

Declaro que dispongo de los medios tecnológicos adecuados para realizar el acto de defensa de la tesis de forma síncrona mediante videoconferencia, y es por lo que,

**SOLICITA**

Al Vicerrectorado de Estudios de Posgrado mi participación en el acto de defensa de la tesis doctoral de forma virtual mediante videoconferencia síncrona.

\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

En \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_, a \_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_

Firma

|  |
| --- |
|  |
| La/el doctoranda/o |