

SOLICITUD DE ACCESO Y ADMISIÓN A PROGRAMAS DE DOCTORADO EES CON TITULACIONES ESPAÑOLAS

DATOS PERSONALES

Apellidos		Nombre	
Lugar y fecha de nacimiento		Nacionalidad	
Núm. de DNI / pasaporte / documento identificativo de la UE			
A efectos de notificaciones el interesado señala el siguiente domicilio:			
Av., calle o plaza y número		Localidad	Código postal
Provincia	País	Teléfono	
Dirección de correo electrónico			

DATOS ACADÉMICOS ACREDITATIVOS DE LOS REQUISITOS DE ACCESO

<input type="checkbox"/> Acceso con estudios españoles de grado o equivalente y estudios españoles de máster universitario oficial (Vía VM)	
Título obtenido de Graduado/a, Licenciado/a, Diplomado/a, Ingeniero/a, Ingeniero/a Técnico/a, Arquitecto/a, Arquitecto/a Técnico/a o Maestro/a:	
Universidad donde se ha obtenido el título:	
Estudios de máster universitario superados:	Universidad donde se han superado:
¿Tiene el título de máster?: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
<input type="checkbox"/> Acceso con título de Graduado/a español de Farmacia, Medicina, Veterinaria, Odontología o Arquitectura (Vía VG)	
Denominación del título de Graduado/a:	Universidad donde se ha obtenido el título:
<input type="checkbox"/> Acceso con suficiencia investigadora (Vías V2/V3)	
Programa de doctorado donde se ha obtenido la suficiencia investigadora (SI):	Universidad donde se ha obtenido la SI:
Real Decreto que regula estos estudios: <input type="checkbox"/> RD 185/1985 <input type="checkbox"/> RD 778/1998	
<input type="checkbox"/> Acceso con título de Doctor/a español (Vía VD)	
Título de Doctor/a:	Universidad donde se ha obtenido el título:
Programa de doctorado superado:	Real Decreto que regula estos estudios: <input type="checkbox"/> Monográficos <input type="checkbox"/> RD 778/1998 <input type="checkbox"/> RD 185/1985 <input type="checkbox"/> RD 1393/2007
<input type="checkbox"/> Acceso con estudios oficiales de especialidades en ciencias de la salud (Vía VS)	
<input type="checkbox"/> Título oficial de Especialista en:	
<input type="checkbox"/> Superación con evaluación positiva de al menos dos años de formación del programa para obtener el título oficial de Especialista en:	

De acuerdo con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos de que sus datos pasan a formar parte del fichero de la Universidad de Barcelona. Le comunicamos que puede ejercer los derechos de acceso, rectificación o cancelación de sus datos remitiendo un escrito al gerente de la Universidad de Barcelona, adjuntando una copia del documento que acredite su identidad.

Quedo enterado/a de que si la solicitud no cumple los requisitos exigidos o se observa que falta alguno de los documentos exigidos, se me requerirá para que, en el plazo máximo de diez días, enmiende la solicitud o aporte los documentos preceptivos, indicándose que, en caso de omisión, se tendrá por desistida mi petición, con la resolución previa dictada a tal efecto.

Doy mi consentimiento en relación con la recepción por medios electrónicos de las comunicaciones correspondientes a los trámites de acceso y admisión a los programas de doctorado: SÍ NO

Barcelona, a.....de.....de 20.....

(Firma)

JEFE/A DE SECRETARÍA DEL CENTRO _____

DOCUMENTACIÓN QUE SE ADJUNTA:

—Toda la documentación original debe ir acompañada de fotocopias para que la secretaría de estudiantes y docencia pueda realizar las copias compulsadas.

—En el caso de estudios superados en la UB, solo debe presentarse el expediente académico que acredite los datos correspondientes.

A RELLENAR Y VALIDAR POR LA SECRETARÍA DE ESTUDIANTES Y DOCENCIA DEL CENTRO DEL/DE LA COORDINADOR/A

Vía VM	<input type="checkbox"/> DNI, pasaporte o documento identificativo de la UE	Nº créditos ECTS superados
	<input type="checkbox"/> Título de Graduado/a, Licenciado/a, Diplomado/a, Ingeniero/a, Ingeniero/a Técnico/a, Arquitecto/a, Arquitecto/a Técnico/a o Maestro/a	[]
	<input type="checkbox"/> Título de Máster universitario oficial (solo en el caso de tener título de máster) y la certificación académica de los estudios de máster superados	[]
	<input type="checkbox"/> En el caso de tener que acreditar la superación de más créditos de máster universitario oficial, la/s certificación/es académica/s correspondientes	[]
Total de créditos superados		[]

Vía VG	<input type="checkbox"/> DNI, pasaporte o documento identificativo de la UE	<input type="checkbox"/> Título de Graduado/a
---------------	---	---

Vías V2/ V3	<input type="checkbox"/> DNI, pasaporte o documento identificativo de la UE
	<input type="checkbox"/> Certificación académica del programa de doctorado superado que incluya la fecha de obtención de la suficiencia Investigadora
	<input type="checkbox"/> En el caso de que la suficiencia investigadora se haya obtenido en un programa de la UB, certificado expedido por la secretaría de estudiantes y docencia responsable del expediente, en el que consta que se está al corriente del pago de las matrículas de tutoría de tesis

Vía VD	<input type="checkbox"/> DNI, pasaporte o documento identificativo de la UE	<input type="checkbox"/> Título de Doctor/a
---------------	---	--

Vía VS	<input type="checkbox"/> DNI, pasaporte o documento identificativo de la UE
	<input type="checkbox"/> Título de Licenciado/a o Diplomado/a previo
	<input type="checkbox"/> Título de Especialista en ciencias de la salud
	<input type="checkbox"/> La documentación acreditativa de la evaluación positiva de al menos dos años de formación

A RELLENAR POR LA SECRETARÍA DE ESTUDIANTES Y DOCENCIA (centro del/de la coordinador/a)

Vista la solicitud y documentación presentada por el solicitante y haciendo uso de las atribuciones que me han estado conferidas por delegación del director de la Escuela de Doctorado de la Universidad de Barcelona,

RESUELVO favorablemente el acceso, dado que se cumplen los requisitos de acceso aplicables establecidos en la normativa.

***INFORMO** desfavorablemente y envío toda la documentación al director de la Escuela de Doctorado para que emita la resolución correspondiente.

Barcelona, ^(fecha)

(sello y firma)

(Nombre y apellidos)
Jefe/a de la SED de ^(Centro)

*** El jefe/a de la SED debe hacer llegar al director/a de la Escuela de Doctorado la solicitud y documentación presentada, juntamente con el informe debidamente motivado.**

DATOS RELATIVOS A LA SOLICITUD DE ADMISIÓN

Apellidos	Nombre	Núm. de DNI / pasaporte / documento identificativo de la UE
SOLICITO la admisión al programa de doctorado:		
Denominación del programa de doctorado	Código	
Denominación de la línea de investigación en la que estoy interesado/a	Código	

De acuerdo con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos de que sus datos pasan a formar parte del fichero de la Universidad de Barcelona. Le comunicamos que puede ejercer los derechos de acceso, rectificación o cancelación de sus datos remitiendo un escrito al Sr. gerente de la Universidad de Barcelona, adjuntando una copia de documento que acredite su identidad.

Quedo enterado/a de que la eficacia de la solicitud de admisión está condicionada a que se cumplan los requisitos de acceso a los programas de doctorado establecidos en la Universidad de Barcelona.

Barcelona, _____ de _____ de _____ (Firma)

RESOLUCIÓN DE ADMISIÓN

De acuerdo con la documentación presentada, el candidato cumple los requisitos y criterios adicionales para la selección y admisión al programa, y por tanto se acuerda resolver favorablemente la admisión al programa de doctorado, para el **curso 2015-2016**, condicionada que se obtenga una resolución de acceso favorable a los programas de doctorado de la Universidad de Barcelona.

(a rellenar por la Comisión Académica del Programa, solo en el caso de admisiones favorables)

Al estudiante se le ha asignado:

Línea de investigación	Código
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Tutor/a*

Nombre y apellidos	del departamento de la UB
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Director/es (máximo dos codirectores):

1 Nombre y apellidos	del departamento de la UB/ institución (externos a la UB)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Tipos documento: DNI PASAPORTE DOCUMENTO DE LA UE Número:

(Solo en el caso de externos a la UB)

2 Nombre y apellidos	del departamento de la UB/ institución (externos a la UB)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Tipo de documento: DNI PASAPORTE DOCUMENTO DE LA UE Número:

(Solo en el caso de externos a la UB)

Centro de matrícula	Departamento UB o Institución (externa a la UB) donde el doctorando realizará la investigación
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Tipo de dedicación de elaboración de la tesis autorizado: a tiempo COMPLETO a tiempo PARCIAL

Se adjunta con esta resolución el documento de compromiso firmado por la Comisión Académica para que se sigan los trámites de firma correspondientes.

Barcelona, ^(fecha)

(firma)

(Nombre y apellidos)
Presidente/a de la Comisión Académica
Programa de doctorado

* El tutor/a debe ser un profesor/a o investigador/a a tiempo completo de la UB vinculado al programa, que haya dirigido al menos una tesis doctoral, tal como se establece en la Normativa reguladora de doctorado de la Universitat de Barcelona. En el caso de que el director/a de tesis asignado esté vinculado al programa y reúna los requisitos antes indicados, el tutor/a y el director/a pueden coincidir.