



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE
MADRID

IMPRESO DE RECEPCIÓN DE LA TESIS DOCTORAL EN EL DEPARTAMENTO

D./D^a. _____,
con D.N.I.: _____ estudiante del Programa Oficial de Postgrado “ _____ ”,
solicita sea admitida a trámite su tesis doctoral titulada “ _____ ”,
dirigida por los profesores doctores: _____
_____ para ello deposita el ejemplar original de la citada tesis.

Madrid, a _____ de _____ de 200__
El interesado,

(Fdo: _____)

VºBº El Director/s de la tesis:¹

Fdo.: _____
D.N.I.: _____

Fdo.: _____
D.N.I.: _____

Fdo.: _____
D.N.I.: _____

Depositado en Madrid a _____ de _____
(Fecha, firma y sello)

Sr. Coordinador del Órgano responsable del Programa Oficial de Postgrado.

(En el plazo máximo de 60 días hábiles el interesado deberá ser informado si la tesis doctoral ha sido admitida a trámite, - en cuyo caso será remitida a la Secretaría de estudiantes del Centro para su envío a la Comisión de Doctorado - o si por el contrario ha sido rechazada).

¹ No podrá haber más de tres Directores.

NOTA: Al interesado deberá entregársele una copia firmada y sellada del presente impreso.