**IMPRESO DE COMPROMISO DE ACEPTACIÓN DEL DIRECTOR**

**DATOS DEL DOCTORANDO**

Apellidos y Nombre:

DNI:

Dirección durante el curso:

Teléfono de contacto: Trabajo: Particular:

Correo electrónico:

**DATOS DEL DIRECTOR DE LA TESIS DOCTORAL**

Apellidos y Nombre:

DNI:

Cargo:

Institución:

Teléfono:

Correo Electrónico:

**TITULO PROPUESTO de la TESIS DOCTORAL**

El abajo firmante se compromete a dirigir la investigación del doctorando (Tesis Doctoral), si es aceptado en el programa de doctorado de MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA.

Fecha y Firma del Director del Doctorando Sello de la Institución

**IMPRESO DE COMPROMISO DE ACEPTACIÓN DEL DIRECTOR**

**Breve *Curriculum Vitae* de Director(es) de la Tesis Doctoral**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre Completo** |  |
| **Año y Universidad por la que obtuvo el Grado de Doctor:** |  |
| **Identificador de Google Académico, ORCID o similar:** |  |
| **Palabras Clave Especialidad:**  |  |
| **Proyecto(s) de Investigación Vigente(s):** ***Incluir Título, referencia, agencia financiadora, año de inicio y de finalización del proyecto, Investigador Principal.*** |  |

**Publicaciones en los últimos 10 años:**

*Incluir indicaciones de la calidad de las mismas:*