**AVAL DEL DIRECTOR/ES**

**DATOS DEL DOCTORANDO**

Apellidos y Nombre:

DNI:

Dirección:

Teléfonos de contacto:

Correo electrónico:

**DATOS DEL DIRECTOR/ES DE LA TESIS DOCTORAL**

Apellidos y Nombre:

DNI:

Cargo:

Institución:

Teléfonos de contacto:

Correo electrónico:

**TITULO PROPUESTO para la TESIS DOCTORAL**

El abajo firmante avala la solicitud del doctorando para realizar la investigación de su 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

**AVAL DEL DIRECTOR/ES**

**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:** **-------------------------------------** |  |
| **Nombre Completo:**  |
| **Año y Universidad por la que obtuvo el Grado de Doctor:** |
| **Identificador de Google Académico, ORCID o similar:** |
| **Palabras Clave Especialidad:**  |

**IMPORTANTE**: Si el identificador ORCID es público y permite el acceso a la información que solicita la Comisión Académica, **NO** es necesario rellenar los siguientes apartados.

**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:*