**SOL·LICITUD AUTORITZACIÓ DIRECTOR/A DE PROJECTE DE TESI / PLA D’INVESTIGACIÓ**

*SOLICITUD AUTORIZACIÓN DIRECTOR/A DE PROYECTO DE TESIS / PLAN DE INVESTIGACIÓN*

**DADES PERSONALS DOCTORAND**/*DATOS PERSONALES DOCTORANDO*

**Cognoms i nom: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N.I.F.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*Apellidos y nombre N.I.F.*

**Telèfon mòbil: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Correu electrònic: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*Teléfono móvil:* *Correo electrónico:*

**DADES PERSONALS DIRECTOR/A**/*DATOS PERSONALES DIRECTOR/A*

**Cognoms i nom: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N.I.F.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*Apellidos y nombre: N.I.F.:*

**Categoria Professional de/d’: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*Categoria Profesional de*

**Universitat o centre d’investigació \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*Universidad o Centro de Investigación*

**Telèfon mòbil: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Correu electrònic: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*Teléfono:* *Correo electrónico:*

València, \_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_

(**Signatura del doctorand**/ *Firma del doctorando*)

**COORDINADOR/A DEL PROGRAMA DE DOCTORAT EN MEDICINA**

*COORDINADOR/A DEL PROGRAMA DE DOCTORADO EN MEDICINA*

**Requisits i documentació necessària:**

* **Fotocòpia del títol de doctor/a (amb almenys 1 any d'antiguitat)**, en el cas de no pertànyer a l’escala de professorat permanent d’universitat (catedràtic/a, titular o professor/a contractat/ada doctor/a.).
* **Cal assenyalar, en les pàgines següents, el compliment almenys d’un dels** [**requisits**](http://www.uv.es/medidocs/doctorado/documents/REQUISITOS%20DIRECTORES%20TESIS%20P_Doctorado_Medicina_val) **següents aprovats per la Comissió Acadèmica del Programa i aportar segons el cas**:
	1. **Acreditació, almenys, d'un sexenni d'investigació reconegut per la CNEAI en els últims 10 anys**. Cal aportar justificant en el cas de professorat d’altres universitats.
	2. **Antecedents de 5 tesis dirigides o codirigides.** Cal aportar justificant si les tesis s’han dirigit en unes altres universitats.
	3. ***Acreditació d’un mínim de 5 contribucions rellevants, de les quals almenys 3 han de ser publicacions científiques indexades o publicades en altres mitjans de reconegut prestigi en l'àrea, en els últims 10 anys***.

***Requisitos y documentación necesaria:***

* *Fotocopia título de doctor (con al menos 1 año de antigüedad). En el caso de no pertenecer a los cuerpos docentes de profesorado permanente de universidad (catedrático/a, titular o profesor/a contratado/a doctor/a.*
* *Deberán señalar en las páginas siguientes el cumplimiento de al menos uno de los* [*requisitos*](http://www.uv.es/medidocs/doctorado/documents/REQUISITOS%20DIRECTORES%20TESIS%20P_Doctorado_Medicina_cast) *siguientes y aportar según el caso:*
1. *Acreditar, al menos un sexenio de investigación reconocido por la CNEAI en los últimos diez años. Deberán aportar justificación en el caso de profesorado de otras universidades.*
2. *Antecedentes de 5 tesis dirigidas/codirigidas. Justificar documentalmente en caso de tesis dirigidas en otras universidades*
3. *Acreditar un mínimo de 5 contribuciones relevantes, de las cuales al menos 3 han de ser publicaciones científicas indexadas o publicadas en otros medios de reconocido prestigio en el área, en los últimos 10 años*

|  |
| --- |
| **RECONOCIMIENTO DE LA EXPERIENCIA INVESTIGADORA****(a efectos de dirección de tesis)** |

|  |
| --- |
| **DATOS PERSONALES DIRECTOR** |
| Apellidos:       |
| Nombre:       | DNI:       |
| Correu electrónico:       | Teléfono:       |
| Categoria Académica/Profesional:       |
| Universidad o Centro de Investigación:       |

|  |
| --- |
| **ACREDITACIÓN EXPERIENCIA INVESTIGADORA*****Deberán señalar el cumplimiento de al menos uno de los requisitos exigidos*** |
| **a** | **Acreditar al menos un sexenio de investigación reconocido por la CNEAI en los últimos 10 años***(Aportar justificante en caso de profesores de otras universidades)***.** |
| **Nº SEXENIO:** |  | **Último año de obtención** |  |
| **b** | **Antecedentes de 5 tesis dirigidas o codirigidas***(Adjuntar justificación documental en caso de tesis dirigidas en otras universidades)* |
| **1.** |  |
| **2.** |  |
| **3.** |  |
| **4.** |  |
| **5.** |  |
| **c** | **Acreditar un mínimo de 5 contribuciones relevantes, de las cuales al menos 3 han de ser publicaciones científicas indexadas o publicadas en otros medios de reconocido prestigio en el área, en los últimos 10 años.** *(Indíquese la referencia completa de las contribuciones: Índice, FI: Factor de impacto, Q: cuartil)* |
|  | **Referencia y autores** | **Índice** | **FI** | **Q** |
| **1.** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |

***AUTORIZACIÓN DIRECTOR/A DE PROYECTO DE TESIS / PLAN DE INVESTIGACIÓN***

La Comisión Académica del Programa de Doctorado de Medicina, reunida en fecha           , evaluada la sol·licitud de autorización de director de proyecto / plan de investigación de tesis acuerda:

 Autorizar No autorizar

 Valencia, …………. de …………………………………… de…………

Miguel Martí Cabrera

Coordinador Programa de Doctorado