

El/la doctorando/a D/Dña.…… con DNI/Pasaporte: …… matriculado/a en el Programa de Doctorado en Fisiología y los/las directores/as de la tesis, titulada……, D/Dña.……, D/Dña.……, Dña.……

**SOLICITAN**

Que se les autorice poder realizar la defensa de esta tesis doctoral en (indicar el lugar exacto y completo) …………………… por los motivos que se detallan a continuación:

Fecha: Valencia, ……

**El/La doctorando/a El/la director/a El/la director/a**

***Fdo.: Fdo.: Fdo.:***

**El director/a Vº Bº CAPD**

**Fdo.: Fdo.: Coordinador/a**