**SOLICITUD DE VALORACIÓN PREVIA DE LA TESIS DOCTORAL**

**I. Datos personales**

Apellidos: Nombre:

D.N.I. o N.I.E.:

Dirección:

Código Postal: Población: Provincia:

Teléfono: Email:

**II. Datos de la tesis**

Programa de Doctorado:

Departamento/Centro:

Tutor:

Director/es de la tesis:

Título de la tesis:

En , a de de

Firma del doctorando:

*Los datos de carácter personal, serán tratados conforme al REGLAMENTO (UE) 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos), a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, y al Código de Conducta de Protección de Datos de Carácter Personal de la Universidad de Castilla-La Mancha. Asimismo, se adoptan las medidas de índole técnica y organizativa necesarias para garantizar la seguridad de los datos personales tratados.*

D./Dª \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Director/a de la tesis AUTORIZA la iniciación de trámites para la valoración previa de la calidad de la misma.

Firma:

D./Dª \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codirector/a de la tesis AUTORIZA la iniciación de trámites para la valoración previa de la calidad de la misma.

Firma:

D./Dª \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codirector/a de la tesis AUTORIZA la iniciación de trámites para la valoración previa de la calidad de la misma.

Firma:

**SR./A. COORDINADOR/A DEL PROGRAMA DE DOCTORADO EN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**