



Escuela Andaluza de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SALUD



AVAL DE TUTOR/ A PARA LA ADMISIÓN
AL PROGRAMA DE DOCTORADO
INTERUNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE
LA SALUD. **Anexo I ADM01**

D./D^a _____, profesor/a
de la línea _____ del
Programa de Doctorado Interuniversitario de Ciencias de la Salud,

HACE CONSTAR:

Su aceptación expresa del cargo de tutor/a (20% baremación).

De D./D^a _____, dando
el visto bueno al Plan de Trabajo entregado por el/la solicitante.

En _____ a _____ de _____ de 20____

Fdo.: _____