

**SOLICITUD DE PREMIO Y BECAS DE TESIS  
DOCTORAL 2016-2017 DE LA SCAEDV**

**Nombre y Apellidos:**

**DNI / NIF:**

**Centro de Trabajo:**

**Servicio / Unidad: Dermatología**

**Categoría Profesional:**

**Teléfono de contacto**

**Correo electrónico:**

**Universidad de presentación de la Tesis Doctoral:**

**Director de la Tesis:**

**Fecha de presentación:**

**Calificación:.**

**Enviar a: [administracion@aedv.es](mailto:administracion@aedv.es) (Noelia. Tf: 915446284)**