***NOTA MODELO DE AUTORIZACIÓN DE LA CST PARA REALIZACIÓN DE CURSOS DE FORMACIÓN ESPECÍFICA EN OTRAS INSITUCIONES***

Córdoba, …… de ……………. de 202….

Sr. Director/a de la Carrera de Doctorado

S / D

Los abajo firmantes, miembros de la Comisión de Seguimiento de Tesis del/de la Tesista ……………………… la/o autorizan a realizar el curso de formación: *…………………………………* por considerarlo de formación específica y pertinente a su trabajo experimental de tesis*.*

El mencionado curso es dirigido por el/la Dr/a ………………………………... y organizado por ……………(Facultad) de la …………………..(Universidad) y será dictado a partir del ……………. de ……………………… y hasta el ............ de ............... de 20…...

Sin otro particular, le saludan atentamente.

Firma del Co-director/a

Firma del Director/a

Firma Miembro de la Comisión de Seguimiento de Tesis

Firma Miembro de la Comisión de Seguimiento de Tesis

Firma Miembro de la Comisión de Seguimiento de Tesis

Firma Miembro de la Comisión de Seguimiento de Tesis