

FORMULARIO AUTORIZACIÓN FOTOCOPIA TESIS DOCTORAL
(Documentos sometidos a la Ley de Propiedad Intelectual. Texto Refundido, Real Decreto
Legislativo 1/1996, de 12 de abril)

DATOS PERSONALES

Apellidos y nombre: _____

Dirección: _____

Localidad: _____ C.P.: _____

DNI o Pasaporte: _____ Teléfono: _____

E-mail: _____

AUTORIZA A :

Apellidos y nombre: _____

Dirección: _____

Localidad: _____ C.P.: _____

DNI o Pasaporte: _____ Teléfono: _____

E-mail: _____

Realizar la fotocopia total o parcial (1) de su tesis doctoral, tesis de licenciatura o proyecto fin de carrera.

Leída en el año _____ y que se encuentra depositada en el Archivo Universitario de la Universidad de Murcia, según las condiciones que establece la vigente Ley de Propiedad Intelectual.

En Murcia, a _____ de _____ de 201__

Firma

(1) Indíquese en este caso las páginas y capítulos que han de ser fotocopiados

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 5 de la Ley 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos de que sus datos serán incluidos en el fichero "Archivo Universitario", titularidad de la Universidad de Murcia, con la finalidad de la gestión del servicio solicitado. Podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante la Secretaría General de la Universidad de Murcia, mediante solicitud dirigida a ésta presentada en Registro General o Auxiliar o bien a través del formulario establecido a tal efecto en el Registro Electrónico.