

Al Magnifico Rettore
Ufficio Dottorati di Ricerca
Università Cattolica del Sacro Cuore
Facoltà di Medicina e Chirurgia "A. Gemelli"
Largo Francesco Vito, 1
00168 ROMA

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____, iscritto al _____ anno di corso del
ciclo _____ del Dottorato di Ricerca in _____.

CHIEDE

di essere ammesso a conseguire il Label di Doctor Europæus, acquisibile in tutti i Paesi europei congiuntamente al titolo nazionale, rispettando le quattro condizioni previste:

1. ammissione all'esame finale accreditata, alla luce di giudizi redatti sulla tesi, da almeno due professori appartenenti a distinte istituzioni universitarie di due Stati membri dell'Unione Europea, diversi da quello dove si svolge il dottorato;
2. integrazione della Commissione di esame finale da almeno un professore, appartenente ad una istituzione universitaria di uno Stato membro della Comunità Europea, diverso da quello dove si svolge il dottorato;
3. parte della discussione della tesi effettuata in lingua europea diversa dalla lingua nazionale del Paese dove si svolge il dottorato;
4. soggiorno di studio e ricerca, di almeno tre mesi, in uno Stato membro diverso da quello dove si svolge il dottorato.

Roma,

In fede,