**SOLICITUD DE BAJA COMO MIEMBRO DE UN PROGRAMA DE DOCTORADO**

|  |
| --- |
| **PROGRAMA DE DOCTORADO:** Elija un elemento. |
| **MOTIVO DE LA BAJA:** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATOS PERSONALES** | | |
| APELLIDOS Y NOMBRE: | | |
| DNI/NIE/Pasaporte: | E-MAIL: | TELÉFONO: |
| UNIVERSIDAD O INSTITUCIÓN EN LA QUE PRESTA SERVICIOS: | | |

En      , a Haga clic aquí para escribir una fecha.

Firmado:

|  |  |
| --- | --- |
| **RESOLUCIÓN** | |
| **A cumplimentar por la CAPD (Comisión Académica del Programa de Doctorado)** | **A cumplimentar por el Comité de Dirección de la EDUC o comisión delegada del mismo** |
| Fecha de aprobación: Haga clic aquí para escribir una fecha.  El coordinador y presidente de la CAPD:  Fdo.: | Fecha de aprobación: Haga clic aquí para escribir una fecha.  El presidente del Comité de Dirección o comisión delegada:  Fdo.: |