|  |  |
| --- | --- |
| **LOGO NOMBRE ENTERO HORIZ** | Impreso: ED-SB |
| **SOLICITUD DE BAJA TEMPORAL O DEFINITIVA**  **EN UN PROGRAMA DE DOCTORADO** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS PERSONALES Y SOLICITUD** | | | | | | |
| NOMBRE:Pulse aquí para escribir. | | | | | | |
| 1º APELLIDO: Pulse aquí para escribir. | | | 2º APELLIDO: Pulse aquí para escribir. | | | |
| Nº DNI/TIE/PASAPORTE Pulse aquí para escribir. | | | | | | |
| NACIONALIDAD:Pulse aquí para escribir. | | | | | FECHA DE NACIMIENTO:Pulse aquí para escribir. | |
| TELÉFONO MÓVIL (Obligatorio):Pulse aquí para escribir. | | | | | | TELÉFONO FIJO:Pulse aquí para escribir. |
| CORREO ELECTRÓNICO (Obligatorio):Pulse aquí para escribir. | | | | | | |
| PROGRAMA DE DOCTORADO: **CALIDAD AGROALIMENTARIA Y MEDIO AMBIENTE POR LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE ÁVILA** | | | | | | |
| CURSO ACADÉMICO DE ADMISIÓN EN EL PROGRAMA: Pulse aquí para escribir. | | | | | | |
| RÉGIMEN DE DEDICACIÓN: | | Matrícula a tiempo completo | | Matrícula a tiempo parcial | | |
| **SOLICITA BAJA EN EL PROGRAMA DE DOCTORADO:** | | | | | | |
|  | Baja temporal por un periodo máximo de un año.  Fecha de baja Pulse aquí para escribir. y fecha de alta Pulse aquí para escribir. | | | | | |
|  | Ampliación hasta un año más de la baja temporal.  Fecha de baja Pulse aquí para escribir. y fecha de alta Pulse aquí para escribir. | | | | | |
|  | Baja por enfermedad, embarazo o cualquier otra causa prevista en la normativa vigente. | | | | | |
|  | Otras causas: Pulse aquí para escribir. | | | | | |
|  | Baja definitiva. | | | | | |
| Fundamentos de la solicitud:  Pulse aquí para escribir. | | | | | | |
| **IMPORTANTE:** El estudiante debe fundamentar la solicitud y adjuntar la documentación justificativa. | | |  | | | |
| Haga clic aquí o pulse para escribir una fecha. | | | Firma del solicitante  (firma ológrafa, digital/electrónica o escaneada) | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **RESOLUCIÓN DE LA COMISIÓN ACADÉMICA DEL PROGRAMA DE DOCTORADO** | | |
| Vista la solicitud presentada por el estudiante y los motivos alegados, acuerda: | | |
|  | **AUTORIZAR LA BAJA EN EL PROGRAMA DE DOCTORADO CONSIDERADO DEBIDAMENTE JUSTIFICADA LA SOLICITUD.** | |
|  | **NO AUTORIZAR LA BAJA EN EL PROGRAMA DE DOCTORADO POR LOS SIGUIENTES MOTIVOS:** | |
| Pulse aquí para escribir. | | |
|  | |  |
| Haga clic aquí o pulse para escribir una fecha. | | El Presidente de la Comisión Académica del Programa de Doctorado  (firma ológrafa, digital/electrónica o escaneada) |

**COMISIÓN ACADÉMICA DEL PROGRAMA DE DOCTORADO**