

# SOLICITUD DE RENUNCIA

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Datos personales** | | | |
| Nombre | Primer apellido | | Segundo apellido |
| DNI/NIE | Fecha de nacimiento | Lugar de nacimiento | Nacionalidad |
| Calle/avenida/plaza y número | | | |
| Codigo postal | Población | Província | Teléfono |
| Programa de doctorado MEDICINA | | | Dirección electrónica |

|  |  |
| --- | --- |
| **Expongo** | |
|  |  |
|  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Solicito** | |
|  |  |
|  | |

Barcelona, ........d..........................de 20............

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Firma del doctorando/a | Firma del director/es | Firma del tutor/a |
| **Nombre y apellidos**  **Copia para el Departamento** | **Nombre y apellidos** | **Nombre y apellidos** |



# SOLICITUD DE RENUNCIA

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Datos personales** | | | |
| Nombre | Primer apellido | | Segundo apellido |
| DNI/NIE | Fecha de nacimiento | Lugar de nacimiento | Nacionalidad |
| Calle/avenida/plaza y número | | | |
| Codigo postal | Población | Província | Teléfono |
| Programa de doctorado MEDICINA | | | Dirección electrónica |

|  |  |
| --- | --- |
| **Expongo** | |
|  |  |
|  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Solicito** | |
|  |  |
|  | |

Barcelona, ........d..........................de 20............

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Firma del doctorando/a | Firma del director/es | Firma del tutor/a |
| **Nombre y apellidos**  **Copia para el Doctorando** | **Nombre y apellidos** | **Nombre y apellidos** |