DADES PERSONALS DE LA PERSONA SOL·LICITANT:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom  | 1r Cognom  | 2n Cognom |
| DNI/NIE/PASSAPORT | NIA | Telèfon | Adreça correu electrònic |

PROGRAMA DE DOCTORAT:

|  |
| --- |
| MEDICINA |

EXPOSA: (si necessiteu més espai podeu continuar al darrera o adjuntar un document)

|  |
| --- |
|  Adjunto : ................................................................................................................................................................................................  |

**SOL·LICITA** (indicar una opció):

Baixa per malaltia/embaràs i maternitat

Des de ............................ fins el .........................

Baixa voluntària

Des de ............................. fins el ..........................

 Baixa definitiva en el curs ....................................

I també l’anul·lació de la matricula del mateix curs, si escau.

 Autoritzo la comunicació de les possibles incidències en el tràmit així com la resolució d’aquesta sol·licitud per correu electrònic a l’adreça indicada en aquesta sol·licitud.

Bellaterra (Cerdanyola del Vallès), .............de/d’................................de 20...........

|  |  |
| --- | --- |
| **SIGNATURES:** | **AUTORITZAT PER:** (cal que signi el tutor/a i tots els directors/es de la tesi, indicant el seu nom) |
| **SOL.LICITANT** | **TUTOR/A** | **DIRECTOR/A** | **DIRECTOR/A** | **DIRECTOR/A** |
| NOM: | NOM: | NOM: | NOM: | NOM: |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Resolució de la CAPD de data: ………………………………. Aprova la baixa pel període del ............................................ al ........................................................... Denega la baixa per ..............................................................................................................................Jaume Alijotas ReigCoordinador del Programa de Doctorat en Medicina Signatura coordinador/a i Segell |