



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID FACULTAD DE  
FARMACIA PROGRAMA DE DOCTORADO EN MICROBIOLOGÍA Y  
PARASITOLOGÍA

Solicitud de cambio de dedicación a Tiempo Parcial

DNI/NIE/Pasaporte	Nacionalidad	Sexo <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	Fecha de Nacimiento
Apellidos		Nombre	
Dirección			Número Piso
Localidad	Provincia	Código Postal	País
Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	Correo Electrónico	

**SOLICITUD DE TIEMPO PARCIAL**

Solicita el cambio de la dedicación a Tiempo Parcial para la realización de la Tesis Doctoral

**RELACIÓN DE DOCUMENTOS QUE SE ADJUNTAN**


Fecha \_\_\_\_\_

Fdo.: El/la Director/a o Tutor/a

Fdo.: El/la Doctorando/a

**COMISIÓN ACADÉMICA DEL PROGRAMA DE DOCTORADO EN MICROBIOLOGÍA Y PARASITOLOGÍA**

La Solicitud será tramitada por la Secretaría de Estudiantes de la Facultad de Farmacia

**A CUMPLIMENTAR POR LA COMISIÓN ACADÉMICA**

**INFORME DE LA COMISIÓN ACADÉMICA DEL PROGRAMA DE DOCTORADO**

D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ en representación de la Comisión Académica del Programa, en la sesión celebrada el \_\_\_\_\_ y a la vista de la documentación presentada por D/D<sup>ña</sup> \_\_\_\_\_ ha resuelto emitir el siguiente informe:

\_\_\_\_\_

De lo que resulta que la solicitud de cambio de dedicación a Tiempo Parcial queda:

AUTORIZADA

NO AUTORIZADA

En Madrid, a \_\_\_\_\_

Fdo. El/La representante de la Comisión Académica del Programa de doctorado en Microbiología y Parasitología

(De este impreso, una vez informado se enviará una copia a la Secretaría de Alumnos en la que se encuentra matriculado el doctorando)