

SOLICITUD DE RÉGIMEN DE DEDICACIÓN A TIEMPO PARCIAL PARA ALUMNADO DE CONTINUACIÓN EN LOS ESTUDIOS DE DOCTORADO

DATOS PERSONALES

Documento	Número	Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vía	Dirección	CP	Provincia	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Municipio	País	Teléfono fijo	Teléfono móvil	Correo electrónico
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

PROGRAMA DE DOCTORADO

Programa de doctorado en el que está matriculado
<input type="text"/>
Centro
<input type="text"/>

DATOS DEL TUTOR O TUTORA DE LA TESIS

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	Correo electrónico
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DATOS DEL DIRECTOR O DIRECTORA DE LA TESIS

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	Correo electrónico
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

MOTIVO DE LA SOLICITUD

Solicito RENOVACIÓN del régimen de dedicación a tiempo parcial Solicito POR PRIMERA VEZ el régimen de dedicación a tiempo parcial

Causas para solicitar el régimen de dedicación a tiempo parcial (debe adjuntar documentación acreditativa).

<input type="checkbox"/> Realizar una actividad laboral.
<input type="checkbox"/> Adquirir condición de estudiante con necesidades educativas especiales.
<input type="checkbox"/> Poseer un grado de discapacidad igual o superior al 33%.
<input type="checkbox"/> Necesidades de atención familiar.
<input type="checkbox"/> Deportistas de alto rendimiento o de alto nivel.
<input type="checkbox"/> Especiales dificultades económicas.
<input type="checkbox"/> Cualquier otro caso que el estudiante pueda acreditar y se ajuste a la normativa vigente de aplicación.

El cambio en el régimen de dedicación del estudiante no afectará negativamente en su formación doctoral ni en la continuación de sus estudios (esta solicitud tendrá que estar firmada por el tutor/a y director/a).

OBSERVACIONES

<input type="text"/>

SR./SRA. DIRECTOR/A DE LA ESCUELA DE DOCTORADO Y ESTUDIOS DE POSGRADO

Quedo enterado de que la validez de la solicitud está condicionada a la veracidad de los datos consignados en este formulario.

Los datos personales reflejados en este formulario quedan sometidos a las medidas de protección previstas en la normativa vigente de Protección de Datos de Carácter Personal. Consulte la Política de Privacidad de la Universidad de La Laguna en la siguiente dirección web: <https://www.ull.es/informacion-sobre-web-institucional/#lopd>