



UNIVERSIDAD DE BURGOS
ESCUELA DE DOCTORADO

SOLICITUD DE RENUNCIA EXPRESA A LA ADMISIÓN
DE UN PROGRAMA DE DOCTORADO REGULADO POR EL REAL DECRETO 99/2011

D/Dña:		con DNI	
		Pasaporte Nº	
domicilio en			
teléfono de contacto		y correo electrónico:	

Habiendo sido admitido/a al Programa de Doctorado:

en fecha		curso académico:	

SOLICITA la renuncia expresa a dicha admisión por los motivos expuestos a continuación:

--

Burgos, a _____
(Firma del solicitante)