****

**SOLICITUD DE CAMBIO DE MODALIDAD**

 **DATOS DEL DOCTORANDO/A**

PROGRAMA DE DOCTORADO:

APELLIDOS:

NOMBRE: DNI:

TELÉFONO: CORREO ELECTRÓNICO:

**SOLICITUD DE CAMBIO DE MODALIDAD:**

[ ]  SOLICITUD DE TIEMPO COMPLETO A TIEMPO PARCIAL

[ ]  SOLICITUD DE TIEMPO PARCIAL A TIEMPO COMPLETO

València, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_.

El/La doctorando/a Los directores/as

Firma: Firma

El doctorando/a deberá presentar junto con la solicitud la documentación justificativa correspondiente para su valoración por la Comisión Académica del programa correspondiente.