



UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ DE ELCHE
UNIVERSITAT MIGUEL HERNÁNDEZ D'ELX

SOLICITUD DE EXPEDICIÓN DE TÍTULOS UNIVERSITARIOS
SOL·LICITUD D'EXPEDICIÓ DE TÍTOLS UNIVERSITARIS

Nota importante: Deberá acentuarse correctamente el nombre y apellidos. Toda modificación que implique variación de lo consignado en esta solicitud, estará sujeta al pago de los gastos que suponga la nueva impresión del título.

Nota important: Haurà d'accentuar-se correctament el nom i cognoms. Tota modificació que implique variació del que consigna esta sol·licitud, estarà subjecta al pagament dels gastos que supose la nova impressió del títol.

D. / Dña nacido/a el día
En/Na/N' nascut/da el dia
Natural de Provincia de País
Natural de/d' Província de/d' País
con D.N.I. o Pasaporte Nº Nacionalidad
amb el D.N.I. o Passaport núm. Nacionalitat
Domiciliado en Provincia de
Domiciliat a Província de/d'
Calle Nº C.P. Tel. Móvil c. electrónico
Carrer núm. C.P. Tel. Mòbil

Personal UMH: PDI () PAS () Autoriza la comunicación a RRHH de este Título: Si () No ()

Personal UMH: PDI PAS Autoritza la comunicació a RRHH d'aquest títol: Si No

Dpto / Servicio:

Dpto / Serviçi:

EXPONE: que habiendo superado los estudios de tercer ciclo

EXPOSA: que havent superat els estudis de tercer cicle

en la Universidad Miguel Hernández de Elche

a la Universitat Miguel Hernández d'Elx

y aprobado la lectura de la tesis, el día

i aprovat la lectura de la tesi, el dia

y habiendo abonado la cantidad de Euros. en concepto de tasas por

i havent pagat la quantitat de/d' Euros en concepte de taxes per

la expedición del Título de Doctor.

l'expedició del Títol de Doctor.

Tipo de Familia: Ordinaria () General () Especial () Discapacidad mayor o igual al 33% ()

Tipus de Família: Ordinària General Especial Discapacitat major o igual al 33%

SOLICITA: le sea expedido el Título de Doctor.

SOL·LICITA: que li siga expedit el Títol de Doctor.

aportando para ello la documentación correspondiente.

per a la qual cosa aporta la documentació corresponent.

Solicita el Título de Doctor Europeo / Internacional () (marque con una X)

Sol·licita el Títol de Doctor Europeu / Internacional () (marqueu amb una X)

....., a de/d' de 20.....

Firmado/Signat

EXCMO. Y MAGNIFICO SR. RECTOR DE LA UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ DE ELCHE.
EXCM. I MAGNÍFIC SENYOR RECTOR DE LA UNIVERSITAT MIGUEL HERNÁNDEZ D'ELX.

El interesado es responsable de la veracidad de los datos consignados.

L'interessat és responsable de la veracitat de les dades indicades.