

**Datos personales**

Nombre y Apellidos \_\_\_\_\_  
NIF/NIE/Pasaporte \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa) \_\_\_\_\_  
con domicilio en C/ \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_ Pta. \_\_\_\_\_  
Municipio \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
Código Postal \_\_\_\_\_ Teléfono/s de contacto \_\_\_\_\_  
Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_  
Titulación \_\_\_\_\_ Especialidad (si procede) \_\_\_\_\_  
Universidad donde obtuvo su titulación \_\_\_\_\_

**Programa de Doctorado para el que solicita la renovación de matrícula**

Departamento \_\_\_\_\_

**Datos estadísticos** (Marque con una X lo que proceda)

¿Tiene Vinculación Laboral con la Universidad?:

\_\_\_\_ NO  
\_\_\_\_ SI      Por favor indique cuál:      \_\_\_\_ Docente      \_\_\_\_ Becario      \_\_\_\_ PAS      \_\_\_\_ Otros

Director de la Tesis Doctoral \_\_\_\_\_

Departamento \_\_\_\_\_

Facultad/Escuela \_\_\_\_\_

Universidad/Centro \_\_\_\_\_

Ponente (Sólo si el director de la Tesis no es de la CEU UCH) \_\_\_\_\_

Firma del alumno \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma  
Director Departamento

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma  
Coordinador Programa Doctorado

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma  
Director Tesis o Ponente asignado  
Solo es necesaria la firma de uno de los directores

**Plazo de matrícula:** desde el 26 de Octubre al 30 de Noviembre, ambos inclusive  
**PRESENTAR POR DUPLICADO**