



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE MADRID
Facultad de Filosofía.

Renuncia a Dobles Titulaciones

Solicitud de Renuncia de a estudios de Doble Titulación

DNI/NIE/Pasaporte	Nacionalidad	Sexo <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	Fecha de Nacimiento	
Apellidos		Nombre		
Dirección			Número	Piso
Localidad		Provincia		Código Postal
País	Teléfono Móvil	Correo Electrónico		

EL/LA ALUMNO/A ACEPTA: Que habiendo solicitado la renuncia al Doble Grado en:

los cambios de estudios de Doble Grado a Grado se hagan conforme a la tabla de convalidaciones aprobada a la entrada en vigor del R.D que aprueba el plan de estudios.

Fecha _____

Firma del interesado/a

El firmante declara que los datos son ciertos _____