**CERTIFICADO DE PROGRAMA DE DOCTORADO**

NOMBRE DE LA PERSONA RESPONSABLE, CARGO DE LA PERSONA RESPONSABLE

CERTIFICA

Que la persona solicitante nombre y apellidos, figura

*(marcar la que corresponda)*

☐ Matriculada

☐ Admitida

en el programa de doctorado XXXXX, de la Universidad XXXX en el curso académico XXXX/XXXXX y que accede a dicho programa con las titulaciones de XXXXX y XXXXXX.

(Para que el certificado sea válido en caso de grado debe indicar Grado y Máster en su caso)

Sello y firma