



CURS 2008/2009

ENSENYAMENTS DE POSTGRAU I CURSOS D'EXTENSIÓ UNIVERSITÀRIA

FACULTAT DE MEDICINA

DADES PERSONALS

Escriuiu el nom i els cognoms tal com apareixen al vostre DNI o certificat de canvi de nom, afegint-hi els accents que considereu necessaris i la conjunció "i" o "y" entre els cognoms, en cas que vulgueu que hi consti

DNI o núm. passaport per a estrangers

Esp.=1

Estr.=2

Nacionalitat

ASSEGURANÇA

POLISSA D'ASSEGURANÇA VOLUNTÀRIA SI NO

Faig constar que renuncio a l'assegurança

Localitat

dia

mes

any

(Signatura de l'alumne/a)

FUNDACIÓ SOLIDARITAT UB

SI NO Vols contribuir amb la teva aportació al desenvolupament de les activitats de cooperació de la Fundació Solidaritat UB?

DADES ACADÈMIQUES

(A omplir per la secretaria del curs)

Ensenyament de postgrau

Programa de més d'un any acadèmic

Curs extensió universitària

Programa de màster curricular

Programa amb especialitats

Denominació de l'ensenyament de postgrau/curs d'extensió universitària

Codi de l'ensenyament

Codis de cursos. unitats o mòduls

Quedo assabentat/ada que l'eficàcia de la matrícula està condicionada a la veracitat de les dades al compliment dels requisits exigibles i al pagament complet, en els terminis establerts. Així mateix em dono per assabentat/ada, que en cas de manca de la documentació assenyalada en el full d'instruccions, aquest acte té efectes de notificació per tal d'aportar la documentació que correspongui en el termini de 10 dies a partir de la data de matrícula.

Vist i plau
Responsable del curs
(signatura)

Localitat

dia

mes

any

(Signatura de l'alumne/a)