



CURS 2008/2009

ENSEÑANZAS DE POSTGRADO Y CURSOS DE EXTENSIÓN UNIVERSITÀRIA

FACULTAT DE MEDICINA

DATOS PERSONALES

Escriba el nombre y los apellidos tal como aparecen en su DNI o certificado de cambio de nombre, añadiendo los acentos que considere necesarios y la conjunción "i" o "y" entre los apellidos, en caso que quiera que conste.

DNI o núm. pasaporte para extranjeros

Esp.=1

Estr.=2

Nacionalitat

SEGURO

POLIZA DE SEGURO VOLUNTARIA

SI

NO

Hago constar que renuncio al seguro

Localidad

día

mes

año

(Firma del alumno/a)

FUNDACIÓN SOLIDARITAT UB

SI

NO

Quiere contribuir con su aportación al desarrollo de las actividades de cooperación de la Fundación Solidaritat UB?

DATOS ACADÉMICOS

(A rellenar por la secretaria del curso)

Enseñanza de postgrado

Programa de más de un año académico

Curso de extensión universitaria

Programa de máster curricular

Programa con especialidades

Denominación de la enseñanza de postgrado/curso de extensión universitaria

Codi de l'ensenyament

Codis de cursos. unitats o mòduls

Quedo enterado/a que la eficacia de la matrícula está condicionada a la veracidad de los datos, al cumplimiento de los requisitos exigibles y al pago completo, en los plazos establecidos. También me doy por enterado/a, que en caso de falta de la documentación señalada en la hoja de instrucciones, este acto tiene efectos de notificación para aportar la documentación que corresponda en el plazo de 10 días a partir de la fecha de matrícula.

Vist i plau
Responsable del curs
(signatura)

Localidad

día

mes

año

(Firma del alumno)