



## SOL·LICITUD DE PREINSCRIPCIÓ PER CURSAR COMPLEMENTES DE FORMACIÓ

### DADES PERSONALS:

NOM I COGNOMS: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ TELÈFON: \_\_\_\_\_

ADREÇA : \_\_\_\_\_

POBLACIÓ : \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

### DADES ACADÈMIQUES:

Estudis de Primer cicle de la Llicenciatura de Medicina cursats a la Facultat de Medicina de la Universitat de \_\_\_\_\_.

MITJANA DE L'EXPEDIENT ACADÈMIC (DE PRIMER A TERCER):

Núm. Matrícules d'Honor: \_\_\_\_\_ x 4 = \_\_\_\_\_

Núm. Excel.lents: \_\_\_\_\_ x 3 = \_\_\_\_\_

Núm. Notables: \_\_\_\_\_ x 2 = \_\_\_\_\_

Núm. Aprovats: \_\_\_\_\_ x 1 = \_\_\_\_\_

TOTAL PUNTS \_\_\_\_\_ / TOTAL ASSIGNATURES \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_ PUNTS

L'Hospitalet de Llobregat, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Signatura