

MASTER EN DERMOFARMACIA Y COSMETOLOGÍA

SOLICITUD DE PREINSCRIPCIÓN curso académico 20____-20____

DATOS PERSONALES

Mujer

Nombre y Apellidos: _____ Sexo: Hombre

DNI/NIE/Pasaporte: _____

Fecha y lugar de nacimiento _____ Nacionalidad: _____

Titulación universitaria: _____

Universidad que expide el título: _____

Dirección particular: _____

C.P.: _____ Población y provincia: _____

Teléfonos: _____ E-mail: _____

Como nos ha conocido:

___ sesión Informativa en la Facultad de Farmacia

___ ex alumno

___ web UB / Facultad de Farmacia

___ prensa

___ folleto por correo postal

___ empresa donde trabajas

___ folleto por correo electrónico

___ otros: cual? _____

___ amigo

Horario preferente para localización: _____

Observaciones: _____

DATOS DE LA EMPRESA (a cumplimentar solo si está trabajando)

Nombre de la empresa: _____

Cargo y /o departamento: _____

Actividad de la empresa: _____

Dirección: _____

C.P.: _____ Población y provincia: _____

Teléfonos: _____ FAX: _____

E-mail: _____

Fecha: _____ de _____ de 20____

Firma: _____

ENVIAR POR CORREO ELECTRÓNICO A: Lclaraso@ub.edu