

FORMULARIO DE SOLICITUD DE PLAZA CLÍNICA EN RÉGIMEN DE INTERINIDAD

DATOS PERSONALES. Rellene con letra clara y en mayúsculas todos los apartados. Escriba claramente su dirección de correo electrónico (será utilizada para comunicarnos con usted).

| | | | | |
|-------------------|---------------------|---------------|------------------|--|
| Nombre | | Apellidos | | |
| | | | | |
| DNI/NIE/Pasaporte | Fecha de nacimiento | Teléfono fijo | Teléfono móvil | |
| | | | | |
| Dirección | | C.P. | Ciudad/Provincia | |
| | | | | |
| Email | | | | |
| | | | | |

DATOS ACADÉMICOS. Indique el curso en el que se encuentre matriculado, así como la nota media de su expediente académico, con tres decimales, calculada según el Baremo Titulados R.D. 1044/2003 (del 1 al 4).

| | |
|--------------|------------|
| Curso actual | Nota media |
| | |

ACTIVIDADES ORGANIZADAS POR LA ACADEMIA DE ALUMNOS INTERNOS EN LAS QUE HA PARTICIPADO.

| Año | Actividad |
|-----|-----------|
| | |
| | |

DECLARO BAJO JURAMENTO:

- ▶ Que los datos personales consignados en este formulario, los datos académicos y el resto de la documentación presentada son veraces, y me comprometo a probar documentalmente los mismos cuando así se me solicite.
- ▶ Que la documentación adjunta es copia fiel de los documentos originales.
- ▶ Que conozco que la falta de veracidad de la información o la documentación requerida para la evaluación de mi solicitud comporta la invalidez de la totalidad de la misma, sin perjuicio de la responsabilidad que de tal circunstancia pudiera derivar.

Y para que así conste y surta a los efectos oportunos, firmo el presente documento en _____, a _____ de _____ de _____.

(Firma)

PUNTUACIÓN. Por favor no escriba en este espacio. Está reservado para los responsables de la evaluación de su solicitud.

| | |
|----------------------|--|
| Curso actual | |
| Nota media | |
| Actividades Academia | |
| Carta de motivación | |
| Puntuación obtenida | |
| Comentarios | |