



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
Dirección		C.P.	Ciudad/Provincia
Teléfono móvil			
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	