

DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE:

Nombre y apellidos..... NIF.....  
Dirección..... Población..... Código postal.....  
Teléfono de contacto..... Dirección electrónica.....  
Estudiante de..... Curso.....

EXPONGO:

Y, por este motivo:

SOLICITO:

Firma del solicitante:

(Lugar y fecha) ....., ..... de..... de 20.....

Documentos adjuntos:

- 1 .....
- 2 .....

Les datos que nos proporciona se incorporaran al fichero *Registro de entrada y salida* creado por la Facultad de Medicina UVic-UCC para dejar constancia de solicitudes recibidas, realización de trámites y seguimiento de actuaciones. No se cederán a terceros. En rellenar este formulario la UVic-UCC entiende que autoriza este tratamiento. En cualquier momento puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación dirigiéndose a la sede de la facultad (Ctra. de Roda, 70; 08500 Vic).