



Universidad de Valladolid
Servicio de Ordenación Académica,
Posgrado y Títulos

SOLICITUD DE ADMISIÓN A TÍTULOS PROPIOS *
CURSO ACADÉMICO 2019- 2020

Curso: MASTER EN CUIDADOS PALIATIVOS
Organizador: DEPARTAMENTO DE ANATOMIA Y RADIOLOGÍA.
Director: FRANCISCO LÓPEZ-LARA MARTÍN

DATOS PERSONALES:

DNI/PASAPORTE	1º APELLIDO	2º APELLIDO	NOMBRE
SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR	NACIONALIDAD
VARON <input type="checkbox"/>	MUJER <input type="checkbox"/>		
DOMICILIO (Calle, número, piso)		LOCALIDAD	
CÓDIGO POSTAL	PROVINCIA	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO

DATOS ACADÉMICOS:

TÍTULO UNIVERSITARIO QUE POSEE:

LICENCIADO ARQUITECTO INGENIERO
DIPLOMADO INGENIERO TÉCNICO ARQUITECTO TÉCNICO
TÍTULO EXTRANJERO NO HOMOLOGADO

DENOMINACIÓN DE LA TITULACIÓN: _____
FECHA EXPEDICIÓN: ____/____/____

POR LA UNIVERSIDAD DE: _____

SI NO POSEE TÍTULO UNIVERSITARIO, POSEE TÍTULO DE: *(Sólo para los profesionales acreditados del medio socio-cultural)*

FORMACIÓN PROFESIONAL DE 2º GRADO C.O.U.
PRUEBAS MAYORES DE 25 AÑOS OTROS REQUISITOS LEGALES RECONOCIDOS

PROFESIÓN: _____ Valladolid, a _____ de _____ 20
Firma del interesado/a

AUTORIZACIÓN DE MATRÍCULA: (a rellenar por el/la Director/a del Título Propio)

PLAZO DE MATRÍCULA: _____

BECARIO: No Si Cuantía de la beca: _____

MATRÍCULA POR MÓDULOS *(indicar nombre y nº de créditos)*:

Valladolid, a _____ de _____ de _____
Sello EL/LA DIRECTOR/A

Fdo.: Prof. F López-Lara Martín

SR./SRA. DIRECTOR/DIRECTORA DEL TÍTULO PROPIO

**(Deberá adjuntar currículum vitae y la documentación que la unidad organizadora solicite)*