* **SOLICITUD DE ADMISIÓN A ESTUDIOS DE POSGRADO PROPIOS**

|  |
| --- |
| **DATOS PERSONALES** |
| PRIMER APELLIDO: | SEGUNDO APELLIDO: | NOMBRE: |
| D.N.I. O PASAPORTE: | FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aa): | LUGAR DE NACIMIENTO: |
| NACIONALIDAD: | DOMICILIO ACTUAL: |
| POBLACIÓN: | CÓDIGO POSTAL: | TELÉFONO: |
| E-MAIL: |
| **DATOS ACADÉMICOS** |
| DENOMINACIÓN DEL TÍTULO DE ACCESO: |
| UNIVERSIDAD DE EXPEDICIÓN DEL TÍTULO: |
| **CURSO DE POSGRADO QUE DESEA CURSAR** |
| TÍTULO DEL CURSO: EXPERTO UNIVERSITARIO EN FISIOTERAPIA EN PEDIATRÍA |
| **DOCUMENTACIÓN ADJUNTA A LA SOLICITUD** |
| FOTOCOPIA LEGIBLE DEL DNI, PASAPORTE O DOCUMENTO IDENTIFICATIVO EN EL QUE CONSTE FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO EN VIGOR. |  |
| DOCUMENTACIÓN ACREDITATIVA DEL TÍTULO UNIVERSITARIO DE ACCESO DE ACCESO AL CURSO DE POSTGRADO.  | SI HA SIDO EXPEDIDO POR ESTA UNIVERSIDAD, FOTOCOPIA DEL TÍTULO O DEL RESGUARDO DEL ABONO DE LAS TASAS |  |
| SI HA SIDO EXPEDIDO POR OTRA UNIVERSIDAD ESPAÑOLA, FOTOCOPIA COMPULSADA DEL TÍTULO O DEL RESGUARDO DEL ABONO DE LAS TASAS, O BIEN, ORIGINAL Y FOTOCOPIA PARA SU COTEJO DE LOS MISMOS. |  |
| TÍTULO EXPEDIDO EN PAÍS EXTRANJERO, DEBERÁ ESTAR OPORTUNAMENTE LEGALIZADO Y, EN SU CASO, TRADUCIDO. |  |

 En Las Palmas de G.C., a \_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_\_

# El solicitante

|  |
| --- |
| **ADMISIÓN CONCEDIDA.**Fecha / /Nombre Director/a: |
| (Firma) |

(Firma)

**INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR EL IMPRESO**

|  |
| --- |
| 1. Todos los datos son necesarios para la resolución de la solicitud. Los impresos incompletos, ilegibles o sin documentación adjunta serán rechazados.
2. El lugar de presentación de la solicitud será la Unidad de Posgrado y Doctorado (Camino Real de San Roque, nº 1.

35015 – Las Palmas de Gran Canaria. Horario 09.00 a 13.00 horas). 1. La admisión será resuelta por la dirección del curso de posgrado y comunicada al solicitante por la Unidad de Posgrado y Doctorado.
 |