



Anexo II

IMPRESO SOLICITUD CONVOCATORIA DE BECAS A. C. P.

DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

Apellidos y Nombre:

D.N.I.:

Nacionalidad:

Dirección:

Ciudad:

Provincia:

Código postal:

Tfnos.:

Dirección de correo electrónico:

Situación laboral actual:

(por favor, anote sus datos personales con letra clara y legible)

DATOS ACADÉMICOS

Titulación:

Años inicio/fin titulación:

Otros títulos:

DATOS DE LA CONVOCATORIA

Título de la Convocatoria : RESOLUCIÓN RECTORAL DE 24 DE OCTUBRE DE 2016 POR LA QUE SE CONVOCAN OCHO BECAS DE COMPLEMENTO DE FORMACIÓN Y PARTICIPACIÓN EN LOS TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN DE PODOLOGÍA, EN EL ÁREA CLÍNICA DE PODOLOGÍA, AÑO 2017

Responsable: D. Rafael RAYO ROSADO, Director Técnico del Área Clínica de Podología.

Dotación Presupuestaria: Área Clínica de Podología de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología

DOCUMENTACIÓN QUE ADJUNTA

- Fotocopia del D.N.I.
- Fotocopia del título universitario o resguardo de haberlo solicitado
 - Certificación académica personal
- Currículum vitae del solicitante
- Otros (indicar cuáles)

Firma del candidato:

Fecha: