



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: