

SOLICITUD DE PLAZA DE ALUMNO COLABORADOR

D/DÑA _____

ALUMNO/A DE _____ CICLO, CON DNI Nº _____ Y

TELEFONO _____, E-MAIL _____

DE LA TITULACIÓN **GRADO EN MEDICINA**

CENTRO **FACULTAD DE MEDICINA**

EXPONE: Que cumpliendo todos los requisitos exigidos en el Reglamento de Alumnos Colaboradores de la Universidad de Cádiz,

SOLICITA: Optar a la condición de Alumno Colaborador en el Departamento de MATERNO INFANTIL Y RADIOLOGÍA

Número de plaza _____ profesor tutor....., según lo establecido en la convocatoria 20___ / 20___ del citado Departamento.

DOCUMENTACIÓN QUE ADJUNTA, REQUERIDA EN LA CONVOCATORIA:

- Fotocopia del DNI, o documento equivalente
- Certificación Académica Personal (*la requerida para prácticas en empresa y sólo para alumnos de primer ciclo*)
- Impreso de Matrícula (*para todos los alumnos excepto para los de primer ciclo*)

En _____ a _____ de _____ de 20..

Fdo: _____

(Nombre y dos apellidos)