



D/a \_\_\_\_\_,  
con D.N.I número \_\_\_\_\_, y domicilio en calle \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
número \_\_\_\_\_, piso \_\_\_\_, letra\_\_\_\_, población \_\_\_\_\_,  
código postal \_\_\_\_\_, provincia \_\_\_\_\_,  
teléfono con prefijo \_\_\_\_\_, móvil \_\_\_\_\_,  
correo electrónico\_\_\_\_\_

EXPONE:

---

---

---

---

---

SOLICITA:

---

---

---

---

---

Salamanca, de de

(Firma del solicitante)

SR. DECANO DE LA FACULTAD DE MEDICINA