



SOLICITUD PLAZAS ALUMNOS INTERNOS

D./^a _____,
Alumno de _____ curso, con D.N.I número _____ y domicilio
en calle _____,
Número _____, piso ____, letra ____, población _____,
Código postal _____, provincia _____,
Teléfono con prefijo _____, Teléfono móvil _____,
Correo electrónico _____

El/la abajo firmante, cuyos datos quedan consignados

EXPONE:

Que habiéndose convocado plazas de **ALUMNOS INTERNOS** para el curso _____
en el Departamento de:

Indicar la Licenciatura o Grado de:

MEDICINA

ODONTOLOGÍA (Sólo Departamento de Cirugía)

SOLICITA:

Formar parte de la misma

Salamanca, _____ de _____ de

(Firma del solicitante)

SR. DECANO DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE SALAMANCA