

**AUTORIZACIÓN PARA SOLICITAR EL CERTIFICADO RECOGIDO EN EL ARTÍCULO  
13.5 DE LA LEY ORGÁNICA 1/1996, DE 15 DE ENERO, DE PROTECCIÓN JURÍDICA  
DEL MENOR.**

**Motivo por el que se formula la petición:**

Realización de prácticas del Grado en Medicina de la FACULTAD DE MEDICINA de la Universidad de Zaragoza, de acuerdo con el apartado 5 del artículo 13 de la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil, modificada por la Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia.

**Datos de la persona de la que se solicita información:**

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre	
N.I.F. ó N.I.E.		Fecha de nacimiento DD/MM/AAAA		Sexo - M (mujer) o H (hombre)	
Nombre del padre		Nombre de la madre		País de nacionalidad	
País de nacimiento		Provincia de nacimiento		Localidad de nacimiento	
Domicilio				Localidad	
				CP	

**AUTORIZO** a la Universidad de Zaragoza para que:

- 1º) Solicite en mi nombre el certificado al que se refiere el artículo 13.5 de la L.O. 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del menor.
- 2º) Con este único objeto y exclusivamente para este procedimiento, a verificar mis datos a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad.

*("De conformidad con lo dispuesto en el art. 5.1 LO 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos, se informa que los datos personales recogidos en este formulario serán incorporados al fichero de estudiantes en el que se han adoptado todas las medidas necesarias para garantizar la seguridad, confidencialidad, integridad de los datos. El órgano responsable de este fichero es la Gerencia de la Universidad de Zaragoza, ante la que se podrán hacer efectivas las garantías, derechos y obligaciones reconocidos en la legislación sobre protección de datos de carácter personal, en particular, los derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación de datos. Para ello deberá presentar escrito al que acompañará copia del documento que acredite su identidad")*

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

**FIRMA** (obligatorio)

---

Órgano administrativo ante quién se presenta este consentimiento expreso:

FACULTAD DE MEDICINA de la UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA.