



# Facultad de Medicina Universidad Zaragoza



Imprimir Documento



Limpiar Formulario

D./D<sup>a</sup> ..... D.N.I. ....

### Domicilio a efectos de notificación

Calle: .....

Localidad ..... Provincia ..... C.P: .....

Teléfono .....

Correo electrónico .....

### EXPONE:

1º .....

.....

.....

2º .....

.....

.....

3º .....

.....

.....

De acuerdo con la anterior,

### SOLICITA:

Que .....

.....

.....

.....

.....

A esta solicitud se acompañan los siguientes documentos:

.....

.....

.....

.....

Zaragoza, a..... de..... de 20....

(Firma)

Fdo.....

Le informamos que de acuerdo con lo dispuesto en la ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, los datos que facilite pasarán a formar parte del fichero de estudiantes de la Universidad de Zaragoza, cuya finalidad es la gestión académica y administrativa de los estudiantes, así como su participación en los servicios universitarios, de acuerdo con lo dispuesto en la Resolución de la Universidad de Zaragoza de 16 de julio de 2001, de creación de ficheros. Le comunicamos que puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación y cancelación de sus datos remitiendo un escrito al Sr. Gerente de la Universidad de Zaragoza adjuntando copia de documento que acredite su identidad.

**SR. DECANO DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA.**

**unizar.es**