



Facultad de Medicina
Universidad Zaragoza

**SOLICITUD DE CAMBIO DE
PLAN DE ESTUDIOS 304 A 649
GRADUADO EN MEDICINA**

D./D^a, con
D.N.I. número:.....matriculado encurso del Grado en Medicina,
habiendo sido informado de la implantación en el curso 2024-25 de la adaptación del Plan de estudios
conducente a la obtención del título de **Graduado en Medicina**, que va a sustituir progresivamente el
vigente (código 304) por el nuevo (código 649), solicita la adaptación de estudios en los términos que
establece la legislación aplicable aceptando las condiciones que se contienen en dicho Plan.

Zaragoza a de de 20....

Firma del estudiante.

Dirección a efectos de Notificaciones:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

De acuerdo con lo dispuesto en la ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos de que sus datos pasan a formar parte del fichero de estudiantes, cuya finalidad es la gestión de su participación en los servicios de la Universidad de Zaragoza.

Puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación y cancelación de sus datos r emitiendo un escrito dirigido al Sr. Gerente adjuntando una copia de un documento que acredite su identidad.

SR. DECANO DE LA FACULTAD DE MEDICINA.