



DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos: DNI: NIP:
Dirección: C.P.:
Localidad: Provincia: Tfno.:

RECONOCIMIENTO SOLICITADO

- MIR en Hospital Universitario/Becarios investigación homologados
- Formación en Cursos Oficiales obligatorios, avalados/certificados por la Comisión de Docencia del Centro/Hospital (1 crédito por curso, necesario aportar los 5 ECTS)

ASIGNATURA A DESMATRICULAR (en caso de tenerla matriculada)

Zaragoza, a

Firmado:

De acuerdo con la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de datos de carácter personal, le informamos que sus datos pasan 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 Gerente de la Universidad de Zaragoza, adjuntando copia de documento que acredite su identidad.