



Anexo II

IMPRESO SOLICITUD CONVOCATORIA DE BECAS A. C. P.

DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE		
Apellidos y Nombre:		
D.N.I.:	Nacionalidad:	
Dirección:		
Ciudad:	Provincia:	Código postal:
Tfnos.:		
Dirección de correo electrónico:		
Situación laboral actual:		
<i>(por favor, anote sus datos personales con letra clara y legible)</i>		
DATOS ACADÉMICOS		
Titulación:		
Años inicio/fin titulación:		
Otros títulos:		
DATOS DE LA CONVOCATORIA		
Título de la Convocatoria: RESOLUCIÓN RECTORAL POR LA QUE SE CONVOCAN OCHO BECAS DE COMPLEMENTO DE FORMACIÓN Y PARTICIPACIÓN EN LOS TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN DE PODOLOGÍA, EN EL ÁREA CLÍNICA DE PODOLOGÍA, PARA EL AÑO 2019		
Responsable: D. José Manuel CASTILLO LÓPEZ, Director Técnico del Área Clínica de Podología.		
Dotación Presupuestaria: 18.40.12.01 Área Clínica de Podología de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología		
DOCUMENTACIÓN QUE ADJUNTA		
<input type="checkbox"/> Fotocopia del D.N.I.		
<input type="checkbox"/> Fotocopia compulsada del título universitario o resguardo de haberlo solicitado		
<input type="checkbox"/> Certificación académica personal (original o fotocopia compulsada)		
<input type="checkbox"/> Currículum vitae del solicitante		
<input type="checkbox"/> Otros (indicar cuáles)		
Firma del candidato:		
Fecha:		