



Universidad de Valladolid
Servicio de Ordenación Académica,
Posgrado y Títulos

SOLICITUD DE ADMISIÓN A TÍTULOS PROPIOS *
CURSO ACADÉMICO 2012-2013

Como inscribirse

Debe remitir la siguiente información:

1. Rellenar el **formulario** de la **siguiente página**
2. Adjuntar breve **Currículum Vitae**
3. Adjuntar comprobante del pago de **400€** en el número de cuenta:

CAJA ESPAÑA, nº **2096 0490 81 3239211004**

Código IBAN: IBAN ES60 20960490813239211004

Código SWIFT: CSPAES2L

Indicar en el Ingreso el siguiente concepto en letra:

MCP + Nombre Alumno

Cuantía del master: **3000€ + tasas universitarias** fl \$ ÖUdfcl ja UbXUa YbhYŁ

Forma de pago:

- **400€** en concepto de preinscripción al número de cuenta **Caja España 2096 0490 81 3239211004**

- **500€ + tasas** (30 € aproximadamente) en concepto de matrícula de la Universidad al número de cuenta **Caja Duero 2104 0166 49 9116639324**

- **2100€** en concepto de matrícula a Enclave Formación al número de cuenta **Caja España 2096 0490 81 3239211004**

Por correo dirigido a:

ENCLAVE FORMACIÓN

Parque Tecnológico de Boecillo

C/ Luis Proust 17

47151 Boecillo (Valladolid)

Los datos recogidos, conforme a lo previsto en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, en el presente formulario serán incluidos en un fichero denominado **clientes**, inscrito en el Registro General de Protección de Datos y cuyo Responsable del fichero es **Enclave Formación**.

La finalidad de esta recogida de datos de carácter personal es la tramitación y gestión de la preinscripción y la posterior realización del curso solicitado. En caso de negarse a comunicar los datos, podría ser imposible mantener cualquier tipo de relación **comercial** con usted.



Universidad de Valladolid
Servicio de Ordenación Académica,
Posgrado y Títulos

SOLICITUD DE ADMISIÓN A TÍTULOS PROPIOS *
CURSO ACADÉMICO 2012-2013

Curso: MÁSTER EN CUIDADOS PALIATIVOS

Organizador: Departamento de Anatomía y Radiología

Director: Francisco López-Lara Martín

DATOS PERSONALES:

DNI/PASAPORTE	1º APELLIDO	2º APELLIDO	NOMBRE
SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR	NACIONALIDAD
VARON <input type="checkbox"/> MUJER <input type="checkbox"/>			
DOMICILIO (Calle, número, piso)		LOCALIDAD	
CÓDIGO POSTAL	PROVINCIA	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO

DATOS ACADÉMICOS:

TÍTULO UNIVERSITARIO QUE POSEE:

LICENCIADO ARQUITECTO INGENIERO
DIPLOMADO INGENIERO TÉCNICO ARQUITECTO TÉCNICO
TÍTULO EXTRANJERO NO HOMOLOGADO

DENOMINACIÓN DE LA TITULACIÓN: _____
FECHA EXPEDICIÓN: ____ / ____ / ____

POR LA UNIVERSIDAD DE: _____

SI NO POSEE TÍTULO UNIVERSITARIO, POSEE TÍTULO DE: *(Sólo para los profesionales acreditados del medio socio-cultural)*

FORMACIÓN PROFESIONAL DE 2º GRADO C.O.U.
PRUEBAS MAYORES DE 25 AÑOS OTROS REQUISITOS LEGALES RECONOCIDOS

PROFESIÓN: _____ Valladolid, a _____ de _____ 20
Firma del interesado/a

AUTORIZACIÓN DE MATRÍCULA: (a rellenar por el/la Director/a del Título Propio)

PLAZO DE MATRÍCULA: _____

BECARIO: No Si Cuantía de la beca: _____

MATRÍCULA POR MÓDULOS *(indicar nombre y nº de créditos)*: _____

Valladolid, a _____ de _____ de _____
Sello EL/LA DIRECTOR/A

Fdo.:

SR./SRA. DIRECTOR/DIRECTORA DEL TÍTULO PROPIO

**(Deberá adjuntar currículum vitae y la documentación que la unidad organizadora solicite)*