



Solicitud de Alumn@ Colaborador Hospitalario en el HVU Rof Codina (2016/17)

DATOS DEL SOLICITANTE			
Nombre y apellidos:			
Curso más alto del que se matricula:	Tercero ☐	Cuarto ☐	Quinto ☐
Dirección:			
Dirección familiar:			
Correo electrónico:			
Teléfono:			
Materias en las que se encuentra matriculado (curso 15/16)			
Otros meritos que desee hacer constar (cursos, practicas extracurriculares .)			

No es necesario copia compulsada del certificado de estudios, lo que si se requiere es que en el certificado figure la nota media calculada.

Fdo.: