



UNIVERSIDAD
COMPLUTENSE
MADRID

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

ANEXO I

SOLICITUD DE BECA DE FORMACIÓN PRÁCTICA ESPECIALIZADA PARA LA CLÍNICA
UNIVERSITARIA DE PODOLOGÍA (FISIOTERAPIA)

Convocatoria 13/2016

Datos personales del solicitante

DNI/NIF/Tarjeta Residencia		Fecha Nacimiento		
Apellidos				Nombre
Dirección				Número
				Piso
Localidad		Código Postal	Provincia	
Teléfono Fijo		Teléfono Móvil		Correo Electrónico

Datos académicos del solicitante

Título de Diplomado o Graduado Universitario en Fisioterapia, fecha:
--

Documentación a aportar por el solicitante

- * Fotocopia del DNI/NIE/Tarjeta de Residencia del solicitante, en vigor.
- * Certificación académica, en la que figurarán las asignaturas cursadas, las calificaciones obtenidas y la nota media de todas las superadas. (Exclusivamente para los solicitantes con estudios previos en otras universidades).
- *Pertener al Colegio Oficial de Fisioterapeutas de Madrid antes de la incorporación. Dicha pertenencia y estar al corriente de pago serán requisitos imprescindibles para obtener la credencial de becario.
- * Curriculum Vitae, (máximo cuatro folios).
- * Fotocopia de documentos acreditativos de los méritos alegados (no se valorarán aquellos méritos que siendo alegados en el Curriculum Vitae no estén debidamente justificados).

Fecha _____

Firma del interesado/a _____

PROTECCIÓN DE DATOS: Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero "Becas y Ayudas al Estudio", cuya finalidad es el soporte de los procesos de concesión y denegación de becas de organismos públicos. Soporte en los procesos de tramitación de las solicitudes. Notificación de las concesiones, comunicación de las denegaciones, gestión de recursos y aumentos de cuantía. El órgano responsable del fichero es Vicerrectorado de Estudiantes. Los datos podrán ser cedidos a entidades bancarias y organismos públicos según las obligaciones legales previstas. El interesado podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en: Archivo General y Protección de Datos, Avda. Séneca 2, 28040 Madrid, que se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

A RELLENAR POR LA ADMINISTRACIÓN

Titulado: SI/NO	Becario	Grabado	Admitido/Excluido	Subsanado
-----------------	---------	---------	-------------------	-----------