

FORMULARIO AUDIENCIA ABIERTA

El objetivo de este formulario es invitar a participar y proporcionar a toda persona interesada un canal que le permita emitir su opinión sobre cualquier aspecto relacionado con un determinado título oficial que está siendo objeto de evaluación para renovar su acreditación.

UNIVERSIDAD

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

CENTRO:

FACULTAD DE MEDICINA

TÍTULO:

MÁSTER UNIVERSITARIO EN INVESTIGACIÓN EN INMUNOLOGÍA

NOMBRE:

APELLIDOS:

CORREO ELECTRÓNICO:

PERFIL: (marcar con una X)

☐ Estudiante

☐ Académico

☐ Personal de Administración y Servicios

☐ Egresado

☐ Empleador

☐ Otros

COMENTARIO:

Para que este formulario sea efectivo debe ser dirigido a: audiencia.abierta@madrimasd.org

Asunto del correo electrónico: **Universidad/Nombre Título**