



Dades de la persona sol·licitant:

Nom i Cognoms:..... NIF:.....

Institució:.....

Adreça:.....

Codi postal:..... Població:.....

Telèfon/s:.....

Adreça electrònica:.....

Exposo:

Sol·licito:

Signatura:

Vic,.....de.....de.....

Les dades que ens proporcioneu s'incorporaran al fitxer *Registre d'entrada i sortida* creat per la Facultat de Medicina UVic-UCC per deixar constància de sol·licituds rebudes, realització de tràmits i seguiment d'actuacions. No se cediran a tercers. En omplir aquest formulari la UVic-UCC entén que autoritzeu aquest tractament. En qualsevol moment podeu exercir els drets d'accés, rectificació, oposició i cancel·lació adreçant-vos a la seu de la facultat (Ctra. de Roda, 70; 08500 Vic).