

Dades de la persona sol·licitant:

Nom Cognoms:.....

DNI:.....Telèfon:.....

Correu electrònic:.....

Exposo:

.....
.....
.....
.....

Sol·licito:

Poder assistir a les classes de les assignatures següents:

.....
.....
.....

del curs.....del Grau en Medicina en Condició d'Oient. I, tot i que, no podré ser avaluat/da de les assignatures incloses **em comprometo** a complir les condicions següents:

- **Assistència a més del 80%** de les activitats de l'assignatura.
- **Participació activa** en els casos ACC, els laboratoris, tallers i simulacions.
- **Actuació plena** en els treballs de grup.

Accepto, doncs, que, en cas de no aconseguir-les, la Prefectura d'estudis em pot retirar la condició d'oient.

Signatura:

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



Resolució (a emplenar per la Cap d'estudis):

La Cap d'estudis de la Facultat de Medicina, examinada la sol·licitud de (nom i cognoms del sol·licitant):

.....

Resolc:

Que autoritzo l'assistència en condició d'oient a les assignatures que es detallen a continuació (nom de les assignatures):

.....

.....

.....

.....

Que no autoritzo la condició d'oient.

Observacions:

.....

.....

.....

.....

Signatura de la Cap d'estudis:

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