

DADES PERSONALS:

Nom i cognoms:.....
 NIF:..... Telèfon de contacte.....
 Adreça:.....
 Codi postal:..... Població:.....
 Data de naixement:..... Lloc de naixement:.....
 Adreça electrònica (imprescindible):.....

EXPOSO:

MANIFESTO:

- Que accepto que aquesta condició en cap cas em garanteix una plaça a l'ensenyament oficial per aquests curss.
- Que 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, taller i simulacions.
 - Actuació plena en els grups de treball.

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

SOL·LICITO:

Poder accedir en condició d'oient i per al curs acadèmic 20..... / 20..... al grau de: Medicina Odontologia

a les assignatures:

Codi assignatura	Codi pare (en cas de macrogrups)	Nom assignatura	Grup matrícula	1r semestre / 2n semestre / anual	Autoritzada? (Omplir centre)

Vic,..... d'/de..... de 20..... Signatura:

Resolució per part del centre de la matrícula d'assistència en condició d'oient de les assignatures que consten com a autoritzades a la taula anterior:

Vic,..... d'/de..... de 20..... Signatura: