



Universidad de Valladolid  
Servicio de Ordenación Académica,  
Posgrado y Títulos

**SOLICITUD DE ADMISIÓN A TÍTULOS PROPIOS \***  
**CURSO ACADÉMICO 2011-2012**

## **Como inscribirse**

Debe remitir la siguiente información:

1. Rellenar el **formulario** de la **siguiente página**
2. Adjuntar breve **Currículum Vitae**
3. Adjuntar comprobante del pago de **400€** en el número de cuenta:

CAJA ESPAÑA, nº **2096 0490 81 3239211004**

Código IBAN: IBAN ES60 20960490813239211004

Código SWIFT: CSPAES2L

Indicar en el Ingreso el siguiente concepto en letra:

**MCP + Nombre Alumno**

Cuantía del master: ' **\$\$\$€ + tasas universitarias**

Forma de pago:

- **400€** en concepto de preinscripción al número de cuenta **Caja España 2096 0490 81 3239211004**

- **500€ + tasas** en concepto de matrícula de la Universidad al número de cuenta **Caja Duero 2104 0166 49 9116639324**

- **800€** en concepto de matrícula a Enclave Formación al número de cuenta **Caja España 2096 0490 81 3239211004**

# Por correo dirigido a:

**ENCLAVE FORMACIÓN**

**Parque Tecnológico de Boecillo, Edificio Solar – Módulo 6**

**47151 Boecillo (Valladolid)**

Los datos recogidos, conforme a lo previsto en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, en el presente formulario serán incluidos en un fichero denominado **clientes**, inscrito en el Registro General de Protección de Datos y cuyo Responsable del fichero es **Enclave Formación**.

La finalidad de esta recogida de datos de carácter personal es la tramitación y gestión de la preinscripción y la posterior realización del curso solicitado. En caso de negarse a comunicar los datos, podría ser imposible mantener cualquier tipo de relación **comercial** con usted.



Universidad de Valladolid  
Servicio de Ordenación Académica,  
Posgrado y Títulos

**SOLICITUD DE ADMISIÓN A TÍTULOS PROPIOS \***  
**CURSO ACADÉMICO 2011-2012**

Curso: **MÁSTER EN CUIDADOS PALIATIVOS**

Organizador: Departamento de Anatomía y Radiología

Director: Francisco López-Lara Martín

**DATOS PERSONALES:**

DNI/PASAPORTE	1º APELLIDO	2º APELLIDO	NOMBRE
SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR	NACIONALIDAD
VARON <input type="checkbox"/> MUJER <input type="checkbox"/>			
DOMICILIO (Calle, número, piso)		LOCALIDAD	
CÓDIGO POSTAL	PROVINCIA	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO

**DATOS ACADÉMICOS:**

TÍTULO UNIVERSITARIO QUE POSEE:

LICENCIADO  ARQUITECTO  INGENIERO   
DIPLOMADO  INGENIERO TÉCNICO  ARQUITECTO TÉCNICO   
TÍTULO EXTRANJERO NO HOMOLOGADO

DENOMINACIÓN DE LA TITULACIÓN: \_\_\_\_\_

FECHA EXPEDICIÓN: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

POR LA UNIVERSIDAD DE: \_\_\_\_\_

SI NO POSEE TÍTULO UNIVERSITARIO, POSEE TÍTULO DE: *(Sólo para los profesionales acreditados del medio socio-cultural)*

FORMACIÓN PROFESIONAL DE 2º GRADO  C.O.U.   
PRUEBAS MAYORES DE 25 AÑOS  OTROS REQUISITOS LEGALES RECONOCIDOS

PROFESIÓN: \_\_\_\_\_ Valladolid, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_ 20  
Firma del interesado/a

**AUTORIZACIÓN DE MATRÍCULA: (a rellenar por el/la Director/a del Título Propio)**

PLAZO DE MATRÍCULA: \_\_\_\_\_

BECARIO: No  Si  Cuantía de la beca: \_\_\_\_\_

MATRÍCULA POR MÓDULOS *(indicar nombre y nº de créditos)*: \_\_\_\_\_

Valladolid, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_  
Sello EL/LA DIRECTOR/A

Fdo.:

SR./SRA. DIRECTOR/DIRECTORA DEL TÍTULO PROPIO

*\*( Deberá adjuntar currículum vitae y la documentación que la unidad organizadora solicite)*