



Universidad de Valladolid  
Servicio de Tercer Ciclo y Títulos

**SOLICITUD DE ADMISIÓN A TÍTULOS PROPIOS \***  
**CURSO ACADÉMICO 2010-2011**

## **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 1.500€ 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:

**CEUMPA + Nombre Alumno**

Cuantía del curso: **1.800€ + tasas universitarias** (29,79€)

Forma de pago:

- **300€ + tasas** en concepto de matrícula de la Universidad al número de cuenta **Caja Duero 2104 0166 49 9116639324**

- **1.500€** en concepto de matrícula a Enclave Formación al número de cuenta **Caja España 2096 0490 81 3239211004**

Por cualquiera de estos medios:

- Telemáticamente a la siguiente dirección:  
[enclave@grupotecopy.es](mailto:enclave@grupotecopy.es)
- 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 2010-2011**

**Curso:** CURSO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA PALIATIVA AVANZADA

**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
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  
DIPLOMADO

ARQ  
 INGENIE

UITECTO  
RO TÉCNICO

INGENIE RO  
 ARQ UITECTO TECNICO  
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  
PRUEBAS MAYORES DE 25 AÑOS

C.O.U.  
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)*