



Universidad de Valladolid  
Servicio de Ordenación Académica,  
Posgrado y Títulos

**SOLICITUD DE ADMISIÓN A TÍTULOS PROPIOS \***  
**CURSO ACADÉMICO 2019- 2020**

**Curso: MASTER EN CUIDADOS PALIATIVOS**  
**Organizador: DEPARTAMENTO DE ANATOMIA 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 \_\_\_\_\_  
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.: Prof. F López-Lara Martín

SR./SRA. DIRECTOR/DIRECTORA DEL TÍTULO PROPIO

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