XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE SANIDADE

UNIVERSIDADE DA CORUÑA

**ESCOLA UNIVERSITARIA DE ENFERMARÍA A CORUÑA**

Campus de Oza, s/n. 15006 A Coruña

# ANEXO I

**O/a interesado/a**

| Primeiro apelido: | Segundo apelido: | Nome: | DNI/NIF: |
|---|---|---|---|
| | | | |

**Enderezo a efectos de notificación**

| Rúa | | | Localidade |
|---|---|---|---|
| CP | Provincia | Teléfono | Enderezo electrónico |

| Centro:<br>Escola Universitaria de Enfermaría A Coruña | Dedicación:<br>Parcial |
|---|---|
| Materia. Psicoloxía | |

**EXPÓN:**

**SOLICITA:**

A Coruña ..... de..... . de .....
(Sinatura do/a interesado/a)

**SRA. DIRECTORA DA ESCOLA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA A CORUÑA.**