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: Escola Universitaria de Enfermaría A Coruña	Dedicación: Parcial
Materia. Estadías Clínicas III	

EXPÓN:

SOLICITA:

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

SRA. DIRECTORA DA ESCOLA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA A CORUÑA.