**SOL·LICITUD DE MATRÍCULA DE FI DE CARRERA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CURS:** |  | **ENSENYAMENT:** |  |

**Sol·licitud d’examen de la convocatòria extraordinària de fi de carrera per aquells alumnes que al començament del curs acadèmic els resti un màxim d’un 10% dels crèdits per finalitzar l’ensenyament.**

|  |  |
| --- | --- |
| **DNI/NIE/Passaport** | **Cognoms i Nom** |
|  |  |
| **Adreça a efectes de notificació: carrer, núm., pis** |
|  |
| **Codi Postal i població** |
|  |
| **Telèfon** | **Correu electrònic** |
|  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  **CODI ASSIG** | **SEMESTRE** | **ASSIGNATURA** | **CRÈDITS** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

L’Hospitalet de Llobregat, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_

Signatura:

VICEDEGÀ/NA / DIRECTOR/A

ENSENYAMENT DE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FACULTAT DE MEDICINA I CIÈNCIES DE LA SALUT –CAMPUS BELLVITGE

UNIVERSITAT DE BARCELONA