



Solicitud de Alumn@ Colaborador Hospitalario en el HVU Rof Codina

Año académico 2020/21

DATOS DEL SOLICITANTE	
Nombre y apellidos:	
Curso más alto del que se matricula:	
Dirección:	
Dirección familiar:	
Correo electrónico:	
Teléfono:	
Materias en la que se encuentra matriculado	
Otros méritos que desee hacer constar (cursos, practicas extracurriculares....)	

No es necesario copia compulsada del certificado de estudios, lo que si se requiere es que en el certificado figure la nota media calculada.

Fdo.: