

**SOL·LICITUD DE BECA DE COL·LABORACIÓ EN CENTRES UB****DADES PERSONALS**

Nom i cognoms:			
DNI/NIE:		NIUB:	
Adreça:		Núm:	
Població:		Codi postal:	
Telèfon:		Tel. Mòbil:	
Adreça correu electrònic:			
Curs (1er, 2on, etc.):		Ensenyament:	
Codi ensenyament:		Escola/Facultat:	

DADES DE LA CONVOCATÒRIA

DATA CONVOCATÒRIA:		
BEQUES SOL·LICITADES:		
Ordre preferència	Codi beca	Descripció
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		

Sol·licito ésser admès/admesa a la convocatòria de beques de col·laboració referida en aquest document i adjunto la documentació exigida.

Tanmateix **DECLARO** que són certes totes i cadascuna de les dades consignades en aquesta sol·licitud, i que reuneixo els requisits exigits a la convocatòria.

Barcelona, ___ d _____ de 20
(signatura)

DOCUMENTACIÓ A PRESENTAR EN LA CONVOCATÒRIA DE BEQUES DE COL·LABORACIÓ EN CENTRES DE LA UB
<input type="checkbox"/> Imprès de sol·licitud
<input type="checkbox"/> Currículum vitae.
<input type="checkbox"/> Fotocòpia del DNI o NIE.
<input type="checkbox"/> Acreditació dels requisits exigits a la convocatòria i dels mèrits al·legats al currículum (pe. català, informàtica, idiomes, etc.). No s'admetrà cap sol·licitud que no vagi acompanyada de tota la documentació justificativa.
<input type="checkbox"/> Còpia de la matrícula només en el cas dels estudiants de doctorat i màsters o postgraus (oficials o propis) i també si ets estudiant de centre adscrit.
<input type="checkbox"/> Expedient acadèmic de la llicenciatura en el cas d'estudiants de doctorat, màster oficial o postgraus propis que no hagin realitzat els estudis previs a la UB, o bé estudiants de 2on cicle que hagin fet el 1er cicle a una altra universitat i que encara no tinguin cap qualificació al seu expedient.
<input type="checkbox"/> Justificació minusvalidesa, si s'escau.

← - - - Con formato: Justificado

DEGÀ DE LA FACULTAT DE MEDICINA DE LA UNIVERSITAT DE BARCELONA