



SOLICITUD DE COLACIÓN DEL GRADO DE LICENCIADO EN MEDICINA Y CIRUGÍA O LICENCIADO EN MEDICINA

IDENTIFICACIÓN DEL/DE LA INTERESADO/A		
Don/Doña:		DNI:
Domicilio:		
C.P.	Municipio:	Teléfono:
Correo electrónico:		

EXPONE:

1. Que reúne todos los requisitos académicos y formales para solicitar la expedición del título de Licenciado en Medicina y Cirugía o Licenciado en Medicina.
2. Que dichos estudios los ha cursado en la Universidad de _____

SOLICITA:

Presentarse a:

Examen de Licenciatura en la convocatoria:	Ordinaria	Extraordinaria
--	-----------	----------------

(Seleccione una opción)

Memoria o Tesina:
El tema de trabajo es:
El lugar de realización será:

Las Palmas de Gran Canaria, a ____ de _____ de 20__.

(Firma del/de la interesado/a)

A CUMPLIMENTAR POR EL DIRECTOR DE TESINA	
D/D ^a (Firma) Espacio a cumplimentar por la Decana (apartado 3º).	Me comprometo a dirigir la Tesina del solicitante, y reúno los requisitos de: 1. Profesor permanente de la ULPGC. 2. Título de Doctor. 3. Impartición de docencia en la Facultad de Ciencias de la Salud de la ULPGC en el curso inmediatamente anterior a la presentación de esta solicitud (en caso contrario, se necesita autorización de la Decana, que constará en el impreso).

ILMO/A. SR/A. DECANO/A DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

DOCUMENTACIÓN A APORTAR
1. Certificación Académica Personal en la que ha de constar expresamente que el solicitante reúne todos los requisitos académicos y formales para poder solicitar la expedición del título de Licenciado/a. 2. En caso de estudios de Licenciatura cursados en otra Universidad, se deberá acompañar una copia cotejada (u original y copia para su cotejo directo) de los documentos acreditativos del traslado de expediente y de la adaptación de todas las asignaturas.