



Posgrado: EXPERTO EN HABILIDADES DE COMUNICACIÓN EN EL ÁMBITO SANITARIO

Organizador: ÁREA DE POSGRADO E INNOVACIÓN EDUCATIVA (UPSA)

Director: PROF. DRA. DÑA. MARÍA DIE TRILL

DATOS PERSONALES DEL ALUMNO/A:

DNI/PASAPORTE		1º APELLIDO		2º APELLIDO		NOMBRE	
SEXO		FECHA DE NACIMIENTO		LUGAR		NACIONALIDAD	
VARON <input type="checkbox"/>		MUJER <input type="checkbox"/>					
DOMICILIO (Calle, número, piso)				LOCALIDAD			
CÓDIGO POSTAL		PROVINCIA		TELÉFONO		CORREO ELECTRÓNICO	

DATOS ACADÉMICOS:

TÍTULO UNIVERSITARIO QUE POSEE:

LICENCIADO
DIPLOMADO

ARQUITECTO
INGENIERO TÉCNICO

INGENIERO
ARQUITECTO TECNICO

TÍTULO EXTRANJERO NO HOMOLOGADO

DENOMINACIÓN DE LA TITULACIÓN: _____

FECHA EXPEDICIÓN: ____ / ____ / ____

POR LA UNIVERSIDAD DE: _____

SI NO POSEE TÍTULO UNIVERSITARIO, POSEE TÍTULO DE: *(Sólo para los profesionales acreditados del medio socio-cultural)*

FORMACIÓN PROFESIONAL DE 2º GRADO
PRUEBAS MAYORES DE 25 AÑOS

C.O.U.
OTROS REQUISITOS LEGALES RECONOCIDOS

PROFESIÓN: _____ Salamanca, a ____ de ____ 20

Firma del interesado/a

AUTORIZACIÓN DE MATRÍCULA: (a rellenar por el/la Director/a del Título Propio)

PLAZO DE MATRÍCULA: _____

Salamanca, a ____ de ____ de ____

EL/LA DIRECTOR/A

Fdo.: Prof. Dra. Dña. María Die Trill

SR./SRA. DIRECTOR/DIRECTORA DEL TÍTULO POSGRADO

**(Deberá adjuntar curriculum vitae y la documentación que la unidad organizadora solicite)*