**FACULTAD DE ENFERMERÍA**
**Y TERAPIA OCUPACIONAL**
Avda. de la Universidad,
10003 – Cáceres
Tlfno.:927257450
FAX: 927257451

Sello de Registro

# SOLICITUD DE ASUNTOS GENERALES

| DATOS PERSONALES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **DNI/NIE/Pasaporte** | **Nombre y Apellidos** | | | | | |
| | | | | | | |
| **Calle/Avenida/Plaza** (especificar) | | **Número** | **Portal** | **Escalera** | **Piso** | **Letra** |
| | | | | | | |
| **Código Postal** | **Localidad** | | | **Provincia** | | |
| | | | | | | |
| **Titulación** | | | | | **Curso** | |
| | | | | | | |
| **Teléfono/Móvil** | | **E-mail** | | | | |
| | | | | | | |

| EXPONE |
|---|
| |

En caso de necesitar más espacio, adjunte los folios necesarios. Adjunte la documentación que crea necesaria.

| SOLICITA |
|---|
| |

En, _____, a _____ de _____ de 20_____

Firma:_____

**Si desea tener constancia de la presentación de su solicitud, acompañe copia de la misma para que le sea sellada**