



**UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ DE ELCHE**  
**UNIVERSITAT MIGUEL HERNÁNDEZ D'ELX**

**SOLICITUD DE AYUDAS A LA FORMACIÓN DE LA CÁTEDRA DE ALERGIA DE LA UMH**  
**SOL·LICITUD D'AJUDES A LA FORMACIÓ DE LA CÁTEDRA D'AL·LÈRGIA DE LA UMH**

**Nota importante:** Deberá acentuarse correctamente el nombre y apellidos.

**Nota important:** Haurà d'accentuar-se correctament el nom i cognoms.

D. / Dña ..... nacido/a el día .....  
En/Na/N' ..... nascut/da el dia .....  
Natural de ..... Provincia de ..... País .....  
Natural de/d' ..... Provincia de/d' ..... País .....  
con DNI, NIE o Pasaporte Nº ..... Nacionalidad .....  
amb el DNI, NIE o Passaport núm. ..... Nacionalitat .....  
Domiciliado en ..... Provincia de .....  
Domiciliat a ..... Província de/d' .....  
Calle ..... Nº ..... CP ..... Tel. Móvil ..... c. electrónico .....  
Carrer ..... núm. ..... CP ..... Tel. Mòbil ..... c. electrònic .....

**EXPONE:** que habiendo declarado la veracidad de los datos aportados se compromete a **ENVIAR OBLIGATORIAMENTE:**

**EXPOSA:** que havent declarat la veracitat de les dades aportades es compromet a **ENVIAR OBLIGATÒRIAMENT:**

**1. FOTOCOPIA O COPIA ESCANEADA DEL DNI (A/R)**

FOTOCÒPIA O CÒPIA ESCANEJADA DEL DNI (A/R)

**2. CURRÍCULUM VITAE EN FORMATO WORD O PDF**

CURRÍCULUM VITAE EN FORMAT WORD O PDF

**3. FOTOCOPIA DE LA MATRÍCULA EN EL MÁSTER DE INVESTIGACIÓN EN MEDICINA CLÍNICA**

FOTOCÒPIA DE LA MATRÍCULA EN EL MÀSTER D'INVESTIGACIÓ EN MEDICINA CLÍNICA

Tipo de Familia: Ordinaria ( ) General ( ) Especial ( ) Discapacidad mayor o igual al 33% ( )

Tipus de Família: Ordinària General Especial Discapacitat major o igual al 33%

**SOLICITA:** la ayuda para el curso 2018-2019 para la realización del Máster en Investigación en Medicina Clínica de la UMH

**SOL·LICITA:** l'ajuda per al curs 2018-2019 per a la realització del Màster en Investigació en Medicina Clínica de la UMH

aportando para ello la documentación correspondiente.

per a la qual cosa aporta la documentació corresponent.

....., a ..... de/d' ..... de 20....

Firmado/Signat

El/La interesado/a es responsable de la veracidad de los datos consignados y enviará los documentos adjuntos a:

L'/La interessat/da és responsable de la veracitat de les dades indicades i enviarà els documents adjunts a:

**catedradealergia@umh.es**