



**SOLICITUD DE REALIZACIÓN DE REQUISITOS
FORMATIVOS COMPLEMENTARIOS MEDIANTE PRUEBA
DE APTITUD**

Curso académico ___/___

FACULTAD DE MEDICINA DE ALBACETE

Enviar a: SecretariaAcademica.medicina.ab@uclm.es

APELLIDOS: _____

NOMBRE: _____

D.N.I.: _____

DIRECCIÓN DE CONTACTO: _____

TELÉFONO DE CONTACTO: _____

DIRECCIÓN E-MAIL: _____

Solicita con esta instancia presentarse al examen de la **PRUEBA DE APTITUD** para la homologación de Títulos extranjeros en la Facultad de Medicina de Albacete de la Universidad de Castilla-La Mancha.

Documentos que deberá presentar junto con esta instancia:

- Fotocopia del documento de identidad/Pasaporte
- Fotocopia compulsada de la Resolución del Ministerio

Instancia y documentación deben enviarse por correo electrónico a la Secretaría Académica del Centro, y por correo certificado a la dirección:
Facultad de Medicina de Albacete. Universidad de Castilla La-Mancha
A la atención de Secretaría Académica
Almansa, 14 | 02008 ALBACETE | ESPAÑA

El envío fuera de plazo de dicha documentación ELIMINA EL DERECHO A EXAMEN.

En _____, a _____ de _____ de _____

Fdo.: _____

Facultad de Medicina

Almansa, 14 | 02008 ALBACETE | ESPAÑA

Tel.: (+34) 926 05 35 28 | SecretariaAcademica.medicina.ab@uclm.es