



MINISTERIO
DE CIENCIA
E INNOVACIÓN



ANEXO II

IMPRESO DE SOLICITUD DE BECA PARA LA REALIZACIÓN DEL “DIPLOMA SUPERIOR DE PROMOCIÓN DE LA SALUD”

DATOS PERSONALES

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre
Nacionalidad	Fecha de nacimiento	Sexo
Nº Pasaporte en vigor	Fecha de caducidad	
Domicilio (calle, número)		Ciudad
Provincia/Municipio	País	Teléfono de contacto
Correo electrónico (obligatorio)		

DATOS ACADÉMICOS

Títulos académicos	Institución acreditadora	Duración	Fecha expedición

El candidato que suscribe queda enterado, conforme y cumple con las normas que se señalan en la Convocatoria

----- a ----- de ----- de 2011

Firma del interesado

DIRECTORA GERENTE
FUNDACIÓN CENTRO DE INVESTIGACIÓN DE ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS
C/ Valderrebollo, 5 (Complejo Alzheimer.PAU de Vallecas)
28031 MADRID – ESPAÑA