**ANEXO I**

|  |  |
| --- | --- |
| Fecha de solicitud: | BECA ALUMNO FARMACIA /PACMI |

|  |
| --- |
| **DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE**  |
| Apellidos: |
| Nombre: | DNI/NIE /Pasaporte: |
| Dirección: |
| Localidad: | Código Postal: |
| Teléfonos (Fijo/Móvil):  |
| E-mail: |
| E-mail USJ: |
| Fecha de nacimiento: | Nacionalidad: |

|  |
| --- |
| **ESTUDIOS PREVIOS CURSADOS**  |
| Titulación: | Curso: |
|  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| **DOCUMENTACIÓN QUE PRESENTA CON LA SOLICITUD** |
| 1. DNI
 |
| 1. Documentos que acrediten punto 5.2
 |
| 1. Documentos que acrediten punto 5.3
 |

|  |
| --- |
| Firma del SOLICITANTE:Lugar y fecha: |

De acuerdo con lo establecido por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, con la firma de este formulario de solicitud doy mi consentimiento para que los datos de mi solicitud sean incluidos en un fichero del que es titular la Universidad San Jorge, y puedan ser utilizados para gestionar las relaciones entre el estudiante y la Universidad en las convocatorias de movilidad. Asimismo, declaro estar informado sobre los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición que podré ejercitar en el domicilio de la Universidad San Jorge o en la dirección de correo electrónico lopd@usj.es.

**Presentar antes de finalización del plazo de presentación de solicitudes establecido en** **otri@usj.es**

**A LA ATENCIÓN DEL VICERRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y EMPRESA DE LA UNIVERSIDAD SAN JORGE**