

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**

FACULTAD DE MEDICINA

Plaza Ramón y Cajal s/n, 28040 Madrid

**SOLICITUD DE EXÁMENES DE FIN DE CARRERA**

**CONVOCATORIA EXTRAORDINARIA DE FEBRERO**

# DATOS PERSONALES

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre y apellidos: |  |
| NIF / Pasaporte: |  |
| Email: |  |
| Teléfono: |  |
| Domicilio: |  |
| Localidad: |  |
| Provincia: |  |
| Código postal: |  |

**DATOS ACADÉMICOS**

|  |  |
| --- | --- |
| Estudios: |  |

**Lista de asignaturas:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Código Asignatura | Nombre Asignatura | Grupo | Créditos |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**TFM:**

|  |  |
| --- | --- |
| Título del TFM |  |
| Director/a del TFM |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Fecha: Madrid, a |  |

Fdo...............................................

*(Firma del estudiante)*

SR. DECANO DE LA FACULTAD DE MEDICINA