SOL·LICITUD **DE REINCORPORACIÓ**

|  |
| --- |
| Dades personals |
| Nom | Primer cognom | Segon cognom |
|       |       |       |
| DNI/Passaport | Data de naixement | Nacionalitat |
|       |       |       |
| Carrer/avinguda/plaça, número, pis i porta |
|       |
| Codi postal | Població | Província |
|       |       |       |
| Adreça mail | Telèfon mòbil | Telèfon fixe |
|       |       |       |
| Estudis | Curs |
|       |       |
|  |  |
| Exposo |
|       |
|  |
| **Sol·licito** |
|       |
|  |
| **Documentació que s’adjunta** |
|       |
|  |
| **Terrassa,** **de** **de 20**Signatura de la persona interessada:  | Segell de registre de Gestió Acadèmica |
| Gestió Acadèmica de l’Escola Universitària d’Infermeria i Teràpia Ocupacional de Terrassa.**La resolució d’aquesta sol·licitud es comunicarà per correu electrònic.** |

CURS 2022-2023