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