



**UNIVERSIDAD DE OVIEDO**  
**Facultad de Medicina**  
**y Ciencias de la Salud**

APELLIDOS: \_\_\_\_\_  
NOMBRE: \_\_\_\_\_ D.N.I (Con letra) \_\_\_\_\_  
DIRECCION: \_\_\_\_\_  
LOCALIDAD: \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ TFNO: \_\_\_\_\_

SOLICITA matricularse en:

## **EXAMEN DE GRADO DE LICENCIATURA EN MEDICINA**

Modalidad Reválida

Modalidad Tesina

(Datos a cumplimentar en el caso de MODALIDAD TESINA).

Dirigida por el Profesor/a D./ña .....

Título del Trabajo .....

Oviedo, a ..... de ..... de 201 .....

Firma