



Universidad
de Navarra

Facultad de Medicina

SOLICITUD ALUMNO INTERNO DEPARTAMENTOS CLÍNICOS

4º MEDICINA

Primer apellido _____ Segundo apellido _____

Nombre _____ N° carnet _____

Teléfono _____ Mail _____

DOMICILIO DURANTE EL CURSO

Calle _____ N° _____

Código Postal _____ Localidad _____

Provincia _____ Teléfono _____

DEPARTAMENTOS QUE SOLICITA

1.- _____

2.- _____

OBSERVACIONES

FECHA Y FIRMA DEL SOLICITANTE:

Entregar en la Secretaría de la Facultad de Medicina antes del 4 de febrero.