



SOLICITUD DE ADMISIÓN AL ITINERARIO AL GRADO EN ENFERMERÍA

EGRESADOS QUE TENGAN EXPERIENCIA LABORAL RELACIONADA CON LAS ENSEÑANZAS

| | | | |
|----------------------------------------------------------|-----------|------------------|--|
| APELLIDOS | | NOMBRE | |
| DNI | DIRECCIÓN | | |
| C.P. | POBLACIÓN | PROVINCIA | |
| TELF. | E-MAIL | | |
| INFORMACIÓN ACADÉMICA – DIPLOMATURA EN ENFERMERÍA | | | |
| UNIVERSIDAD DE ORIGEN | | AÑO FINALIZACIÓN | |
| INFORMACIÓN LABORAL | | | |
| CENTRO DE TRABAJO ACTUAL | | | |

Acompaño la siguiente documentación.

[En este enlace puede consultar la documentación necesaria.](#)

| | |
|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Vida Laboral | <input type="checkbox"/> Certificado de Empresa u Hoja de Servicios |
| <input type="checkbox"/> Copia del Título o Certificación Académica | <input type="checkbox"/> Copia del pago de tasas |

| | |
|-----------|-------|
| LOCALIDAD | FECHA |
|-----------|-------|

La firma de esta hoja supone la del resto de las hojas del formulario. La persona solicitante declara que los datos expresados son ciertos, por lo que se hace responsable de las inexactitudes o errores que contenga.

Información básica sobre protección de datos

| | |
|-----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Responsable del tratamiento | UNIVERSIDAD DE MURCIA |
| Finalidad de tratamiento | Tramitación de la solicitud de reconocimiento y/o transferencia de créditos. |
| Legitimación | Tratamiento necesario para cumplimiento de una misión en interés público y para gestiones derivadas de su matrícula en estudios oficiales. |
| Destinatarios | No están previstas comunicaciones de datos a otras entidades. |
| Derechos | Podrá ejercer sus derechos en materia de protección de datos a través del procedimiento establecido a tal efecto en el Registro Electrónico o mediante la presentación de la correspondiente solicitud en las Oficinas de Asistencia en Materia de Registro de la Universidad de Murcia. |

Puede consultar más información, y ejercer sus derechos, en <https://sede.um.es/sede/privacidad/inicio.seam>

La firma de esta hoja supone la del resto de las hojas del formulario. La persona solicitante declara que los datos expresados son ciertos, por lo que se hace responsable de las inexactitudes o errores que contenga.

La resolución a la presente solicitud será publicada en la [web de la Secretaría de Enfermería](#) y el [Tablón Oficial de la Universidad de Murcia](#).

Facultad de Enfermería

Campus de Ciencias de la Salud. Edificio Departamental
Avda. Buenavista, 32

30120 El Palmar

T. 868 88 4320 – www.um.es/web/enfermeria