**ANEXO II**

# IMPRESO DE SOLICITUD DE BECA PARA LA REALIZACIÓN DEL

# “DIPLOMA SUPERIOR DE PROMOCIÓN DE LA SALUD”

DATOS PERSONALES

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Primer Apellido | Segundo Apellido | Nombre |
| Nacionalidad | Fecha de nacimiento | Sexo |
| Nº Pasaporte en vigor | **Fecha de caducidad** | |
| Domicilio (calle, número) | | Ciudad |
| Provincia/Municipio | País | Teléfono de contacto |
| Correo electrónico (obligatorio) | | |

DATOS ACADÉMICOS

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Títulos académicos | Institución acreditadora | Duración | Fecha expedición |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

El candidato que suscribe queda enterado, conforme y cumple con las normas que se señalan en la Convocatoria

------------------- a --------------- de ----------------------- de 2012

Firma del interesado

DIRECTORA GERENTE

FUNDACIÓN CENTRO DE INVESTIGACIÓN DE ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS

C/ Valderrebollo, 5 (Complejo Alzheimer.PAU de Vallecas)

28031 MADRID – ESPAÑA