



SOLICITUD DE MATRÍCULA

| | | |
|-------------------|-------------------------|--------------|
| COD. CURSO | TÍTULO DEL CURSO | FECHA |
| _ _ _ _ | | _/_/___ |

A) DATOS PERSONALES

| | | | |
|---|---|----------------------------|--|
| APELLIDOS | | NOMBRE | |
| | | | |
| DNI | <small>Si el solicitante es de Nacionalidad extranjera, indicar NIE o Pasaporte</small> | | SEXO |
| | <small>NIE</small> | <small>PASAPORTE</small> | <input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER |
| NACIONALIDAD | | LUGAR DE NACIMIENTO | FECHA DE NACIMIENTO |
| <input type="checkbox"/> ESPAÑOLA <input type="checkbox"/> EXTRANJERA: Indique país | | | _/_/___ |

DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIONES

| | | | | |
|------------------|------------------|------------------|------------|--------------|
| DIRECCIÓN | | TELÉFONO | FAX | EMAIL |
| | | | | |
| CP | LOCALIDAD | PROVINCIA | | PAÍS |
| | | | | |

B) DATOS ACADÉMICOS

| | | |
|--|---------------------------------|--------------|
| ESTUDIOS UNIVERSITARIOS O SUPERIORES | | |
| ESTUDIOS DE LICENCIATURA O DE GRADO: | | |
| <input type="checkbox"/> Estudiante 1er. Ciclo <input type="checkbox"/> Estudiante 2º Ciclo <input type="checkbox"/> Estudiante de Grado (EEES) <input type="checkbox"/> Grado Universitario (EEES) <input type="checkbox"/> Licenciado <input type="checkbox"/> Diplomado | | |
| TITULACIÓN / ESTUDIOS CURSADOS: | UNIVERSIDAD: | |
| | | |
| ESTUDIOS DE POSGRADO: | | |
| <input type="checkbox"/> Estudiante de Máster Oficial <input type="checkbox"/> Titulado Máster Oficial | DENOMINACIÓN DE ESTUDIOS: | UNIVERSIDAD: |
| | | |
| ESTUDIOS DE DOCTORADO: | | |
| <input type="checkbox"/> Estudiante de Doctorado <input type="checkbox"/> Doctor | DENOMINACIÓN DE ESTUDIOS: | UNIVERSIDAD: |
| | | |
| ESTUDIOS NO UNIVERSITARIOS (Cumplimentar sólo si no ha cursado estudios universitarios o superiores) | | |
| <input type="checkbox"/> Estudios Finalizados <input type="checkbox"/> Estudios No Finalizados | TITULACIÓN / ESTUDIOS CURSADOS: | CENTRO: |
| | | |

C) DATOS PROFESIONALES

En caso de que esté trabajando, cumplimente los datos que a continuación se indican:

| | | | |
|-------------------------------|------------------------------|------------------------|---|
| CATEGORÍA PROFESIONAL: | PUESTO QUE DESEMPEÑA: | NOMBRE EMPRESA: | <input type="checkbox"/> PÚBLICA <input type="checkbox"/> PRIVADA |
| | | | |

D) TIPO DE MATRÍCULA

| | |
|--|---|
| TIPO DE MATRÍCULA: | EXENCIÓN PAGO MATRÍCULA: |
| <input type="checkbox"/> Matrícula Ordinaria <input type="checkbox"/> Matrícula Reducida | <input type="checkbox"/> Solicita Beca <input type="checkbox"/> Familia Numerosa de Carácter Especial <input type="checkbox"/> Minusvalía Superior Al 33% <input type="checkbox"/> Víctima Acto Terrorista <input type="checkbox"/> Víctima Violencia de Género |

Para formalizar su solicitud de matrícula deberá remitir a UIMP Cartagena (Dirección postal: Muelle Alfonso XII, s/n 30201 Cartagena - Apdo. 132; email: administracion@uimp-cartagena.es; Fax: 968 122 692) el presente impreso debidamente cumplimentado, copia de su DNI y justificante bancario del ingreso por concepto de matrícula a la cta. **0487 0126 71 2007002925**. (Oficina Cajamurcia. C/Carmen, s/n - Cartagena).

(Firma del Alumno)

Cartagena, a ___ de _____ de 20__