



SOLICITUD PRUEBA DE APTITUD

D./D^a _____

DNI/PASAPORTE/NIE _____ con domicilio en _____

_____ Población _____

Provincia _____ C.P. _____ Teléfono/s _____ / _____

e-mail _____

EXPONE: Que: teniendo conocimiento del acuerdo de la Junta de Centro, por el que se desarrollan y determinan las Bases de Convocatoria de las Pruebas de Aptitud, previas a la Homologación de Títulos Extranjeros de Educación Superior, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Sevilla,

SOLICITA: Participar en las mencionadas Pruebas de Aptitud, en la convocatoria de _____, a cuyos efectos, solicita realizar examen en (marque con una x lo que proceda):

Prueba de CARÁCTER GENERAL

Prueba de CARÁCTER ESPECÍFICO, indicando a continuación las materias de las que desea examinar:

Sevilla, a

Firma

Documentos que se acompañan:

(Obligatorio originales para su compulsu)

1. _____

2. _____

3. _____

En aplicación del principio de transparencia y lealtad regulado en el Reglamento General de Protección de datos RGPD UE 2016/679 y LOPDPyGDD (LO 3/2018) se le informa que la Universidad de Sevilla es responsable del presente tratamiento de datos personales, "Gestión de estudiantes oficiales de la US" que tiene como finalidad la organización de la docencia y el estudio. El tratamiento se realiza para el cumplimiento de una obligación legal, y para el ejercicio de poderes públicos conferidos al responsable del tratamiento.

De acuerdo con la normativa aplicable, tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir sus datos personales, así como a otros derechos que puede consultar, junto a una información adicional más detallada, en el enlace

<https://osi.us.es/sites/osi/files/doc/pd/c.i.gestionestudiantesoficialesmodif1.12.5.20ct.pdf>

SR. DECANO DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE SEVILLA