|  |  |
| --- | --- |
| **LOGOUCAV** | Impreso: IP-1ATP  **SOLICITUD E INFORME PREVIO DE**  **ACCESO A TÍTULOS PROPIOS**  ACCESO DESDE EXPERIENCIA PROFESIONAL |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SOLICITUD DE INFORME PREVIO PARA LA ADMISIÓN AL TÍTULO PROPIO DE:** | | |
| Pulse aquí para escribir. | | |
| **CURSO ACADÉMICO PARA EL QUE REALIZA LA SOLICITUD**  *(Indique los años en los que va a realizar los estudios)* | Pulse aquí para escribir. |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS PERSONALES DEL ESTUDIANTE** | | | | | | |
| NOMBRE Y APELLIDOS: Pulse aquí para escribir. | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL: Pulse aquí para escribir. | | | | | | |
| Nº DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL: Pulse aquí para escribir. | | | | | | |
| NACIONALIDAD: Pulse aquí para escribir. | | | FECHA DE NACIMIENTO: Pulse aquí para escribir. | | | |
| DOMICILIO: Pulse aquí para escribir. | | | |  | | |
| LOCALIDAD: Pulse aquí para escribir. | | | | PROVINCIA: Pulse aquí para escribir. | | |
| C.P.: Pulse aquí para escribir. | | PAIS: Pulse aquí para escribir. | | | | |
| CORREO ELECTRONICO (Obligatorio): Pulse aquí para escribir. | | | | | TELÉFONO MÓVIL: Pulse aquí para escribir. | |
| **DOCUMENTACIÓN QUE APORTA PARA EL ACCESO**  *(debe detallar toda la documentación que adjunta para acreditar el acceso que solicita)* | | | | | | |
| **1** | Pulse aquí para escribir. | | | | | Pulse aquí y seleccione fecha.    Firma del estudiante solicitante  (inserte firma electrónica o digitalizada) |
| **2** | Pulse aquí para escribir. | | | | |
| **3** | Pulse aquí para escribir. | | | | |
| **4** | Pulse aquí para escribir. | | | | |
| **5** | Pulse aquí para escribir. | | | | |
| ***IMPORTANTE:*** *Mediante la firma de este impreso, el solicitante autoriza a la Universidad Católica de Ávila a realizar cuantas gestiones sean necesarias ante las instituciones expedidoras de la documentación aportada a fin de comprobar y verificar la autenticidad de la misma.* | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **RESOLUCIÓN DEL COORDINADOR DEL ÁREA AL ACCESO POR EXPERIENCIA PROFESIONAL** | | | | | | |
| Yo, D./Dña. Pulse aquí para escribir. como Coordinador/a del Área de Pulse aquí para escribir. y a la vista la documentación aportada por el solicitante, emito la siguiente resolución: | | | | | | |
|  | | FAVORABLE A LA ADMISIÓN | |  | NO FAVORABLE A LA ADMISIÓN | |
|  | | | | | | |
| Observaciones: | Pulse aquí para escribir. | | | | | |
|  | | | Pulse aquí y seleccione fecha.    Firma electrónica o digitalizada del Coordinador/a del Área | | |  |

***IMPORTANTE:*** *En el caso de que la resolución sea favorable a la admisión, el estudiante debe presentar copia del presente documento para poder formalizar la matrícula en el título propio solicitado.*

**Protección de datos.** Los datos personales recogidos en este impreso serán incorporados y tratados, con destino y uso exclusivamente administrativo, académico y para hacerle llegar información sobre las actividades de la Universidad Católica Santa Teresa de Jesús de Ávila (UCAV. Dispone de más información sobre la política de protección de datos personales de la UCAV y sobre cómo ejercitar los derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, oposición o portabilidad en https://www.ucavila.es/PoliticaPrivacidad.pdf