

**SOLICITUD PARA LA REALIZACIÓN
DE LAS PRUEBAS DE APTITUD
ODONTOLÓGICA**

DATOS PERSONALES	
D.N.I./Pasaporte/N.I.E.:	Nombre:
Apellidos:	
Domicilio:	Código Postal:
Localidad:	Provincia:
Nº Expediente Homologación MEC:	Teléfono:
SOLICITA: realizar la preinscripción para concurrir a las prueba de aptitud en la convocatoria de:	
<input type="checkbox"/> Prueba de aptitud de Licenciado en Odontología	
De las siguientes materias o carencias:	
1.	2.
3.	4.
5.	6.
7.	8.
9.	10.
Documentación necesaria para matricularse: <input type="checkbox"/> Copia de la Resolución del Ministerio de Educación que condiciona su homologación a la superación de las pruebas (compulsada ante Notario español en caso de que no se presente personalmente).	<input type="checkbox"/> Fotocopia (acompañada del original para su cotejo o debidamente compulsada) del Documento Nacional de Identidad, N.I.E o Pasaporte.

Y para que conste, a los efectos de matriculación en las Pruebas de aptitud del Título de _____ en la Facultad de Ciencias de la Salud y del Deporte de la Universidad de Zaragoza, firmo la presente solicitud.

En....., a..... de..... De 201.....
(Firma del interesado)