



FACULTAD DE MEDICINA

D.,
con N.I.F.:, natural de,
provincia de, y domicilio en
....., nº:, C.P.
teléfono y correo-e
matriculado como alumno oficial en el curso del Grado de Medicina
(curso 2025-2026).

SOLICITA: poder tomar parte en el Concurso-Oposición de Alumnos
Internos de **CLÍNICAS** (adjuntar expediente académico).

Valladolid, de de 2025

Firma,

SR. DECANO DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE VALLADOLID