



✓ Formulari vàlid per les opcions «**Registre de sol·licituds identificant-me amb usuari i contrasenya UdL**» i «**Registre de sol·licituds identificant-me amb targeta UdL o DNI electrònic**» de la instància genèrica de la seu electrònica

✓ *Formulario válido para las opciones «**Registro de solicitudes identificándome con usuario y contraseña UdL**» y «**Registro de solicitudes identificándome con tarjeta UdL o DNI electrónico**» de la instancia genérica de la sede electrónica*

NOTA!

Ompli aquest
formulari amb
*Acrobat
Reader*

No utilitzeu el
visor PDF del
vostre navegador

¡NOTA!

Rellene este
formulario con
*Acrobat
Reader*

No utilice el visor
PDF de su
navegador



SOL·LICITUD CONVOCATÒRIA D'AJUTS PER IMPULSAR EL MÀSTER EN INVESTIGACIÓ, INNOVACIÓ I TRANSFERÈNCIA EN SALUT. CURS ACADÈMIC 2024-2025.

Dades personals:

Nom:

Cognoms:

Document identificatiu:

Tipus ID:

Número ID:

Adreça postal:

Tipus via:

Nom via:

Número:

CP:

Població:

Adreça electrònica i telèfon mòbil:

e-mail:

Tel. mòbil:



Nota mitjana de l'expedient acadèmic del grau o equivalent (revisar punt 7)¹:

Vinculació amb la FIF:

Lloc de treball:

Motivació per la sol·licitud:

De conformitat amb la disposició addicional vuitena de la Llei orgànica 3/2018, pel simple fet de la presentació de la sol·licitud per la persona interessada, la UdL té la potestat de verificar l'exactitud de totes les seves dades personals, necessàries per participar en la convocatòria i resoldre aquesta sol·licitud.

Lleida, a data de la signatura electrònica

DEGÀ/ANA DE LA FACULTAT D'INFERMERIA I FISIOTERÀPIA

¹ Adjuntar la documentació que justifiqui la qualificació

Adjunció d'altres documents complementaris a
aquest formulari

*Adjunción de otros documentos complementarios a
este formulario*