



**SOLICITUD DE REALIZACIÓN DE REQUISITOS  
FORMATIVOS COMPLEMENTARIOS MEDIANTE PRUEBA  
DE APTITUD**

Curso académico \_\_\_/\_\_\_

**FACULTAD DE MEDICINA DE ALBACETE**

Enviar a: [SecretariaAcademica.medicina.ab@uclm.es](mailto:SecretariaAcademica.medicina.ab@uclm.es)

APELLIDOS: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_

D.N.I: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DE CONTACTO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

TELÉFONO DE CONTACTO: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN E-MAIL: \_\_\_\_\_

Solicita con esta instancia presentarse al examen de la **PRUEBA DE APTITUD** para la homologación de Títulos extranjeros en la Facultad de Medicina de Albacete de la Universidad de Castilla-La Mancha.

**Documentos que deberá presentar junto con esta instancia:**

- Fotocopia del documento de identidad/Pasaporte
- Fotocopia compulsada de la Resolución del Ministerio

**Instancia y documentación deben enviarse por correo electrónico a la Secretaría Académica del Centro, o enviarse por correo certificado durante el periodo de matriculación abierto al efecto, a la dirección de la Facultad de Medicina de Albacete que figura en el pie de página de la instancia. El envío fuera de plazo de dicha documentación ELIMINA EL DERECHO A EXAMEN.**

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_