



## Convocatoria de dos BECAS de APOYO PARA EL MÁSTER PROPIO EN MINDFULNESS

Departamento de Medicina, Psiquiatría y Dermatología  
Resolución de 22 de abril de 2016

**Curso académico 2015-2016**  
**IMPRESO DE SOLICITUD**

### DATOS PERSONALES del solicitante

Apellidos: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

Dirección a efectos de notificaciones: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Correo electrónico \*: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Entidad financiera e **IBAN de la cuenta corriente** para el ingreso de la beca: \_\_\_\_\_

[\*] Se utilizará esta dirección para cualquier comunicación que sea necesario realizar al solicitante

### ESTUDIOS en que está matriculado en 2015-2016:

Centro: \_\_\_\_\_ Estudios: \_\_\_\_\_  
Curso: \_\_\_\_\_

En el caso de ser **TITULADO** por la Universidad de Zaragoza, indíquese:

Título: \_\_\_\_\_ Curso académico de finalización estudios: \_\_\_\_\_

### DOCUMENTOS que aporta con la solicitud:

- Currículum vitae  Proyecto de ideas  
 Documentos a efectos del cálculo de la renta familiar [\*]  Credencial de becario del Ministerio

Si solicitó beca para el curso **2015-2016**, indique el **organismo convocante**:

Ministerio de Educación  Gob. Vasco  UZ

[\*] Sólo quienes hay an obtenido beca para el curso 2015-2016, en las convocatorias de carácter general y de movilidad del Ministerio de Educación o del Gob. Vasco, quedan exentos de aportar la documentación necesaria para el cálculo de la renta familiar, (a efectos de evaluar su situación económica), y de cumplimentar el siguiente recuadro

### DATOS FAMILIARES referidos a 2014 (miembros de la familia que residen en el mismo domicilio)

N.I.F.	APELLIDOS Y NOMBRE	Parentesco	Fecha de Nacimiento	Estado Civil	Profesión	Situación Laboral
		Solicitante				
		Padre				
		Madre				

### El solicitante DECLARA bajo su RESPONSABILIDAD:

- > Que acepta las bases de la presente convocatoria, y que en caso de ser seleccionado, no incurriría en ningún tipo de incompatibilidad
- > Que todos los datos incorporados a la presente solicitud se ajustan a la realidad y que, de resultar probado mediante la oportuna investigación que no son ciertas las circunstancias declaradas, podrá incurrir en responsabilidad de falsedad u ocultación.
- > Que se encuentra en condiciones de poder llevar a cabo las tareas de apoyo en la franja/periodo del día indicado en la convocatoria
- > Que de ser seleccionado, mantendrá su condición de estudiante oficial de la UZ durante todo el periodo de la beca y, en su caso, el de la prórroga

Zaragoza, a \_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

**DIRIGIDO A: DIRECTOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA, PSIQUIATRÍA Y DERMATOLOGÍA**



**Universidad**  
Zaragoza

**Convocatoria de dos BECAS de  
APOYO PARA EL MÁSTER PROPIO EN MINDFULNESS**

Departamento de Medicina, Psiquiatría y Dermatología

Resolución de 22 de abril de 2016  
(firma)

De acuerdo con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos de que sus datos pasan a formar parte del fichero de estudiantes, cuya finalidad es la gestión académica y administrativa así como la gestión de su participación en los servicios de la Universidad de Zaragoza. Puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación y cancelación de sus datos remitiendo un escrito dirigido al Sr. Gerente.

**DIRIGIDO A: DIRECTOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA, PSIQUIATRÍA Y DERMATOLOGÍA**