ANEXO I

**SOLICITUD DE BECA CONSEJO SOCIAL DE COLABORACION EN TAREAS DE INVESTIGACION EN DEPARTAMENTOS E INSTITUTOS L.O.U. DE LA UNIVERSIDAD DE VALLADOLID**

**CURSO ACADEMICO 2016-2017**

APELLIDOS:

NOMBRE:

NIF/NIE:

TFNO.:       E-MAIL:

DEPARTAMENTO:

**ESTUDIOS QUE REALIZO EN EL CURSO 2015/2016**

Curso:       Estudios:

Facultad/Escuela/Centro/Dpto.:

**ESTUDIOS QUE CURSARA EN EL CURSO 2016/2017**

Curso:       Estudios:

Facultad/Escuela/Centro/Dpto.:

¿Ha solicitado otras Becas para este Curso?:       Clase:

**DEPARTAMENTO/INSTITUTO L.O.U. EN EL QUE PRESTARA COLABORACION**

Nombre:

**DENOMINACION DEL PROYECTO DE INVESTIGACION**

Título:

**PROFESORES / TUTORES (Nombre y apellidos)**



**DOCUMENTOS QUE SE ADJUNTAN A ESTA SOLICITUD**



El solicitante acepta las bases de la presente Convocatoria y declara que todos los datos incorporados a la presente solicitud se ajustan a la realidad

Localidad      Fecha:       Firma del solicitante

Imprimir formulario

SR. DIRECTOR DEL DEPARTAMENTOS/INSTITUTO L.O.U.: