

DNI/PASAPORTE

APELLIDOS Y NOMBRE

--	--

PERIODO DE DOCENCIA

CÓDIGO PROGRAMA	
NOMBRE PROGRAMA	
DEPARTAMENTO	

CURSOS/SEMINARIOS DE LOS QUE SE MATRICULA:

CÓDIGO	TÍTULO	CRÉDITOS
TOTAL CRÉDITOS		

CURSOS/SEMINARIOS DE OTROS PROGRAMAS (máximo 5 créditos)

CÓDIGO PROGRAMA	
NOMBRE PROGRAMA	
DEPARTAMENTO	

CURSOS/SEMINARIOS DE LOS QUE SE MATRICULA:

CÓDIGO	TÍTULO	CRÉDITOS
TOTAL CRÉDITOS		

Quedo enterado/a de que la confirmación de la matrícula está condicionada a la comprobación con mi expediente de los datos consignados en este impreso, de cuya veracidad me hago responsable, y de la comprobación del cumplimiento de los requisitos académicos requeridos por la normativa vigente. En caso de falsedad se derivarán las responsabilidades previstas en el vigente Reglamento de Disciplina Académica. Así mismo, la matrícula estará condicionada a que en el programa de doctorado haya un mínimo de 10 alumnos matriculados.

Verificado y corregido
El Funcionario,

En Córdoba, a ___ de _____ de 200__
(Firma del interesado)