



**Posgrado: MÁSTER EN FORMACIÓN PERMANENTE EN PSICOONCOLOGÍA TÉCNICAS  
PSICOTERAPÉUTICAS EN PSICOONCOLOGÍA Y CUIDADOS PALIATIVOS: APLICACIONES A LA  
PRÁCTICA ASISTENCIAL**

**Organizador: ÁREA DE POSGRADO E INNOVACIÓN EDUCATIVA (UPSA)**

**Director: PROF<sup>a</sup>. DRA. D<sup>ÑA</sup>. MARÍA DIE TRILL**

**DATOS PERSONALES DEL ALUMNO/A:**

DNI/PASAPORTE		1º APELLIDO	2º APELLIDO	NOMBRE
SEXO		FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR	NACIONALIDAD
VARON <input type="checkbox"/>	MUJER <input type="checkbox"/>			
DOMICILIO (Calle, número, piso)			LOCALIDAD	
CÓDIGO POSTAL	PROVINCIA	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	

**DATOS ACADÉMICOS:**

**TÍTULO UNIVERSITARIO QUE POSEE:**

LICENCIADO       ARQUITECTO       INGENIERO   
DIPLOMADO       INGENIERO TÉCNICO       ARQUITECTO TÉCNICO   
TÍTULO EXTRANJERO NO HOMOLOGADO

DENOMINACIÓN DE LA TITULACIÓN: \_\_\_\_\_  
FECHA EXPEDICIÓN: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

POR LA UNIVERSIDAD DE: \_\_\_\_\_

**SI NO POSEE TÍTULO UNIVERSITARIO, POSEE TÍTULO DE:** *(Sólo para los profesionales acreditados del medio socio-cultural)*

FORMACIÓN PROFESIONAL DE 2º GRADO       C.O.U.   
PRUEBAS MAYORES DE 25 AÑOS       OTROS REQUISITOS LEGALES RECONOCIDOS

PROFESIÓN: \_\_\_\_\_ Salamanca, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_ 20\_\_\_\_  
Firma del interesado/a

**AUTORIZACIÓN DE MATRÍCULA: (a rellenar por el/la Director/a del Título Propio)**

PLAZO DE MATRÍCULA: \_\_\_\_\_

Salamanca, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_  
EL/LA DIRECTOR/A

Firmado: Prof<sup>a</sup>. Dra. D<sup>ña</sup>. María Die Trill

SR./SRA. DIRECTOR/DIRECTORA DEL TÍTULO POSGRADO

*\*(Deberá adjuntar currículum vitae y la documentación que la unidad organizadora solicite)*