



## ANEXO I

APELLIDOS .....

NOMBRE: ..... con Documento Nacional de Identidad, Pasaporte o Tarjeta de Residencia núm. ...., y domicilio en la calle/Avda. ...., número ..... portal ..... piso ..... letra ..... C.P. ...., localidad ..... provincia o país ..... Tfno núm. .... Fax núm. .... e-mail .....

### EXPONE:

Que teniendo conocimiento de la Resolución de ese Decanato, por la que se desarrollan y determinan las Bases de Convocatoria de las Pruebas de Aptitud, previas a la Homologación de Títulos Extranjeros de Educación Superior, de la Facultad de Odontología de la Universidad de Granada.

### SOLICITA:

Participar en las mencionadas Pruebas de Aptitud, en la convocatoria de ..... de 20 ....., a cuyos efectos, solicita realizar examen en (marque con una X lo que proceda):

- Prueba de CARÁCTER GENERAL (si así se indica en la Resolución del Ministerio)
- Prueba de CARÁCTER ESPECÍFICO, (indique a continuación las materias o carencias de las que se desea examinar, copiando literalmente como se indican en su Resolución):

En ....., a ..... de ..... de 20 .....

(firma del interesado/a)

**SR. DECANO FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE GRANADA**