

# SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN PARA PARTICIPAR EN EL PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DE CREDENCIAL PARA ACCESO DE PERSONAS DE 45 AÑOS SIN EXPERIENCIA LABORAL O PROFESIONAL

ATENCIÓN: No escriba en los cuadros marcados en rojo (están reservados a la Universidad)

## DATOS PERSONALES

D.N.I. O PASAPORTE Nº \_\_\_\_\_ LETRA NIF: \_\_\_\_\_ SEXO (Hombre / Mujer):: \_\_\_\_\_

(Adjuntar Fotocopia del DNI o Pasaporte)

PRIMER APELLIDO: \_\_\_\_\_ SEGUNDO APELLIDO: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA NACIMIENTO: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN EN ESPAÑA (a efectos de notificación):

CALLE: \_\_\_\_\_ NÚMERO: \_\_\_\_\_

LOCALIDAD: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: a) Móvil: \_\_\_\_\_ b) Fijo: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_



TENGO RECONOCIDO UN GRADO DE DISCAPACIDAD IGUAL O SUPERIOR AL 33%; RECONOCIMIENTO DE INCAPACIDAD PERMANENTE EN GRADO TOTAL, ABSOLUTA O GRAN INVALIDEZ; O DE PERTENECER A CLASES PASIVAS CON RECONOCIMIENTO DE PENSIÓN DE JUBILACIÓN O DE RETIRO POR INCAPACIDAD PERMANENTE PARA EL SERVICIO O INUTILIDAD. (En su caso, marque la casilla correspondiente y adjunte certificado expedido por el organismo correspondiente que le reconoce esta condición o, en caso de ser andaluz, responda "SI" a la siguiente autorización: "Autorizo a la universidad a la que dirijo esta solicitud a comprobar telemáticamente los oportunos datos de discapacidad: \_\_\_\_\_")

**DECLARO bajo mi responsabilidad** que todos los datos consignados son ciertos y que ésta es la **ÚNICA SOLICITUD** presentada para participar en el procedimiento de acceso para mayores de 45 años.

No poseo ninguna otra titulación académica que me permita el acceso a la Universidad, y en caso contrario, esta solicitud y el resultado de la misma quedarán sin efecto alguno.

También quedo informado/a de que esta solicitud tiene el carácter de comparecencia en un procedimiento iniciado de oficio, y que **conozco los plazos de resolución, así como que la falta de resolución expresa al respecto durante dichos plazos deberá ser entendida como DESESTIMATORIA**. Todo ello de acuerdo con la Ley 4/1999.

Firma del solicitante

EXCMO. Y MGFCO. SR. RECTOR DE LA UNIVERSIDAD DE: \_\_\_\_\_

(Universidad de Entrega)

Fecha : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_