



UNIVERSIDAD DE MÁLAGA  
FACULTAD DE MEDICINA

## MODELO GENERAL DE SOLICITUD

(a cumplimentar por: Registro de entrada de la Facultad de Medicina)

<b>DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE</b>		<b>Nº Expediente</b> _____
Apellidos: _____	Nombre: _____	D.N.I. nº _____
Domicilio (calle, plaza. . . .): _____		Nº: _____
Municipio: _____	Provincia: _____	Código Postal: _____
Teléfono/s: _____ / _____	E-mail: _____	

**EXPOSICIÓN DE LOS HECHOS Y LAS RAZONES QUE MOTIVAN LA SOLICITUD**

---

---

---

---

---

---

---

---

**PETICIÓN QUE SE EFECTÚA**

---

---

---

---

---

---

---

---

Málaga, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma del solicitante

Sr. Decano de la Facultad de Medicina

El arriba firmante declara que ha recibido de la oficina de Registro de la Facultad de Medicina en la que ha entregado la presente solicitud, una copia de la misma en la que se indica la fecha de su recepción y se le informa sobre el plazo máximo normativamente establecido para la resolución y notificación del procedimiento que se inicia con dicha solicitud, así como sobre los efectos que pueda producir el silencio administrativo.