

BACHILLERATO / GRADO EN CIENCIAS RELIGIOSAS MÁSTER / LICENCIATURA EN CIENCIAS RELIGIOSAS

DATOS PERSONALES

Primer Apellido												Segundo Apellido																							
Nombre												D.N.I./Pasaporte						Fecha de nacimiento						Sexo											
Lugar de nacimiento												Dirección																							
C. Postal						Lugar de residencia												Teléfono																	
E-mail																		Diócesis																	

ASIGNATURAS	CRÉDITOS	CURSO
-------------	----------	-------

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Quedo enterado que la confirmación de la matrícula está condicionada a la comprobación de los datos consignados en este impreso, de cuya veracidad me hago responsable. En caso de falsedad se derivarán las responsabilidades a que haya lugar.

En _____, a _____ de _____ de _____
 Fdo.: _____

ILMO. SR. DIRECTOR DEL INSTITUTO SUPERIOR C.C.R.R.