

**AULA ABIERTA MEDICINA
SOLICITUD DE PREINSCRIPCIÓN**

Apellidos

Teléfono

Nombre

NIF

Dirección

Ciudad

Código Postal

E-mail

Estudiante matriculado actualmente en la Universidad Autónoma de Madrid

Si

No

En caso afirmativo, indicar titulación en la que está matriculado

Grado

Máster

Doctorado

Seleccione el Curso de Aula Abierta en el que desea inscribirse

Título al que está asociado el curso

Curso/Asignaturas

en la que desea

matricular

Ha solicitado la inscripción en cursos de Aula Abierta asociados a otros
Títulos de la Universidad Autónoma de Madrid

Si

No

En caso afirmativo, indíquelo(s)

Madrid,