**SOLICITUD DE ADSCRIPCIÓN AL**

**INSTITUTO MIXTO UNIVERSITARIO DEPORTE Y SALUD**

**APELLIDOS, NOMBRE:**

**DNI:**

**TELÉFONO DE CONTACTO:**

**CORREO ELECTRÓNICO:**

**CATEGORÍA:**

**DEPARTAMENTO:**

**FACULTAD:**

**SOLICITA:**

Que se autorice su adscripción al Instituto Mixto Universitario Deporte y Salud (iMUDS)

En a DÍA , de MES de AÑO

Fdo.

**Documentación que se adjunta (marcar lo que proceda).**

Informe favorable del Consejo de Departamento

Avales de 2 miembros del Instituto

Informe favorable de la directora o del director de tesis

**Sr. DIRECTOR DEL INSTITUTO MIXTO UNIVERSITARIO DEPORTE Y SALUD**

**Nota:** Todos los datos e información personal contenida en esta solicitud serán tratados de acuerdo con el Reglamento Europeo de Protección de datos (Reglamento UE 2016/679), la Ley Orgánica 3/2028 de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (BOE, 6/12/2018), y el Reglamento de Protección de datos de carácter personal de la Universidad de Granada (NCG66/2, 4/12/2012).