INSTITUCIÓN MISSISSIPPI
Escuela de Posgrado en Odontología y Medicina

IMPRESO DE SOLICITUD DE BECA

PROGRAMA DE BECAS DE TITULACIONES PROPIAS DE LA UNIVERSIDAD DE ALCALÁ QUE SE IMPARTEN EN LA INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA MISSISSIPPI S.A.
(Válido para estudiantes que han finalizado sus estudios en el año 2021)

Por favor, sólo rellene los recuadros en blanco

DATOS PERSONALES DEL ALUMNO:

Apellidos:				**Nombre:**	
NIF/NIE/Pasaporte:		**Sexo (H=hombre, M=Mujer):**		**Nacionalidad:**	
Calle / Nº / Piso:					
Localidad:				**Código Postal:**	
Email:				**Teléfonos:**	

DATOS DE LA BECA SOLICITADA:

Estudio para el que solicita Beca:	

DATOS DE LA CUENTA BANCARIA EN LA QUE DEBERÁ TRANSFERIRSE EL IMPORTE DE LA BECA, EN CASO DE ADJUDICACIÓN:

TITULAR DE LA CUENTA:																										
ES			**Entidad**					**Sucursal**					**D.C.**			**Número de Cuenta**										

DOCUMENTACIÓN QUE SE ADJUNTA (marque con X):

	Carta de motivación ***(Obligatorio)***
	Fotocopia del DNI / NIF / Pasaporte ***(Obligatorio)***
	Última Declaración de la Renta ***(Sólo para solicitantes que trabajen por Cuenta Ajena y tributen en España)***
	Certificado de ingresos de empresa ***(Sólo para solicitantes que trabajen por Cuenta Ajena)***
	Última nómina ***(Sólo para solicitantes que trabajen por cuenta ajena)***
	Declaración de alta de autónomos ***(Sólo para solicitantes que trabajen por Cuenta Propia)***
	Última declaración impositiva ***(Sólo para solicitantes que trabajen por Cuenta Propia)***
	Certificado del paro ***(Sólo para solicitantes en situación de desempleo)***
	Documento de los padres o tutores legales ***(Sólo para solicitantes que estudien y no trabajen)***
	Carta de recomendación de los profesores (académicas y/o personales ***(Voluntario)***

Fecha de presentación de esta solicitud:	//

Firma del solicitante:

Institución Universitaria Mississippi, S.A. (en adelante IUMSA) le INFORMA, en cumplimiento del Artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, que los datos que facilita voluntariamente en este formulario serán incorporados a un fichero informatizado de IUMSA, responsable del tratamiento y destinataria de los datos, con domicilio en Madrid, C/ Santísima Trinidad, 5, atender las solicitudes de información e inscripción de los Master, matrícula y gestión docente, envío de comunicaciones comerciales, sobre toda la formación y actividad docente que se ofrece desde IUMSA, así como para el mantenimiento de su relación contractual y de gestión con IUMSA. Si usted lo desea podrá dirigirse por escrito a IUMSA en la citada dirección para ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición.