



**SOL·LICITUD CERTIFICATS ACTIVITATS GESTIONADES PEL DEGANAT DE LA FACULTAT DE  
MEDICINA I CIÈNCIES DE LA SALUT:**

Nom i data de l'activitat: \_\_\_\_\_

Nom i cognoms: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

Adreça electrònica institucional: \_\_\_\_\_

Data sol·licitud\*: \_\_\_\_\_

Signatura

\*Recollida 15 dies després de la data de sol·licitud.