

## **Anexo 2: Solicitud de participación como estudiante mentorizado en el marco del Programa de Mentoría-ULPGC de la FCCS**

Apellidos y Nombre:	DNI:
Correo electrónico (@alu.ulpgc.es):	Teléfono:
Matriculado en 1 <sup>er</sup> curso del:	
<input type="checkbox"/> Grado en Enfermería FV <input type="checkbox"/> Grado en Enfermería GC <input type="checkbox"/> Grado en Enfermería LZ	
<input type="checkbox"/> Grado en Fisioterapia <input type="checkbox"/> Grado en Medicina	

### **SOLICITA:**

Participar como estudiante mentorizado en el marco del Programa Mentor-ULPGC de la FCCS.

Y para que así conste firmo la presente solicitud.

Las Palmas de Gran Canaria a, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_\_

Firma

**A/A Presidenta de la Comisión Responsable del Programa de Mentoría-ULPGC de la FCCS**