

## UNIVERSIDAD DE BURGOS

PRUEBA DE ACCESO

# SOLICITUD PARA VER LOS EXÁMENES

# PRUEBA DE ACCESO Para mayores de 45 años

|  |
| --- |
| **DATOS PERSONALES** |
| 1er Apellido | 2º Apellido |
| Nombre | DNI |
| Domicilio |
| Código Postal | Localidad | Provincia |
| Teléfono | Teléfono Móvil  | E-mail |

**(Escribir las materias correspondientes)**

|  |  |
| --- | --- |
| **COMENTARIO DE TEXTO** | **LENGUA CASTELLANA** |
|  |  |

Burgos, de de

EL SOLICITANTE

Fdo.:

SR. RECTOR MAGNÍFICO DE LA UNIVERSIDAD DE BURGOS.