



COLEGIO DE ENFERMERÍA  
MURCIA

Nº Ref.

Fecha de entrada

ANEXO I

PREMIO FIN DE MÁSTER DEL ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERIA DE LA  
REGIÓN DE MURCIA

DATOS DEL SOLICITANTE:

Nº Coleg:					
Apellidos:				Nombre:	
NIF:		E-mail:			
Dirección:				Localidad:	
Provincia:		C.P.:		Teléfono	
Centro Universitario, Facultad o Escuela Universitaria:					
Título del Máster:					
Nota media del Expediente Académico del Máster, sin incluir la TFM (NA):					
Nota de la Tesis Fin de Máster:					
Nota media de la promoción (NP):					
(a cumplimentar por el COEMUR)					
Nota Media Ponderada sin incluir la TFM (NA) <sup>2</sup> /NP:					
(a cumplimentar por el COEMUR)					

DOCUMENTACIÓN PRESENTADA (marque con una "x")

Formulario de solicitud según "Modelo normalizado de solicitud de Premios Fin de Máster del COEMUR" (ver ANEXO I de esta convocatoria).	
Copia del Certificado Académico expedido por la Secretaría de la Facultad del centro universitario donde el solicitante hubiera cursado el Máster, en el que figure la nota media del mismo. (Compulsado por COEMUR)	
Copia del TFM sin datos personales (Compulsado por COEMUR)	



COLEGIO DE ENFERMERÍA  
MURCIA

**Declaración de otras subvenciones recibidas:**

Declaro que (marque con una X lo que corresponda):

- No he recibido ninguna otra ayuda económica o subvención para este evento de parte de empresas, instituciones, patrocinadores, ni ningún otro organismo.
- He recibido una ayuda económica o subvención de parte de otro organismo o patrocinador, especificar:

Nombre del organismo o patrocinador	
Monto recibido	

*Declaro que he leído y comprendido las bases de la convocatoria, y acepto cumplir con todas las condiciones y requisitos establecidos en las mismas. Mi participación en esta convocatoria implica la total conformidad con dichas bases.*

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024

FIRMA ORIGINAL DEL SOLICITANTE