|  |  |
| --- | --- |
| *A rellenar por el COEMUR* | |
| **Nº Ref.** | FM-2025-COEMUR/ XXXXXX |
|  |  |
| **Fecha de entrada** |  |

**ANEXO I. FORMULARIO DE SOLICITUD**

**CONVOCATORIA PREMIO FIN DE MASTER EN ENFERMERÍA**

**COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA DE LA REGIÓN DE MURCIA (COEMUR)**

**EDICIÓN 2025**

D./Dª \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con DNI n.º \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con teléfono de contacto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, correo electrónico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y Número de Colegiado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**EXPONE:**

Que ha finalizado el Master en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_en el centro universitario \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, en el curso académico **2024-2025**, y reúne los requisitos exigidos en las bases de la convocatoria.

TITULO TRABAJO FIN DE MASTER: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SOLICITA:**

Ser admitido/a a la convocatoria del Premio Fin de Master del COEMUR, Edición 2025.

***A tal efecto, acompaña la siguiente documentación***:

|  |  |
| --- | --- |
| Certificación académica oficial con la nota media del expediente. |  |
| Trabajo Fin de Master. |  |
| Copia del DNI. |  |
| Documento acreditativo de colegiación en el COEMUR. |  |

En Murcia, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2025.

FIRMA DEL SOLICITANTE: (firma electrónica)

Sr./Sra. Presidente/a del Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de la Región de Murcia