

DECLARACIÓN RESPONSABLE SOBRE VERACIDAD DE COPIAS APORTADAS

Apellidos

Nombre

NIF/NIE/PASAPORTE

actuando en nombre propio y de conformidad con lo previsto en el art.69.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas,

MANIFIESTO BAJO MI RESPONSABILIDAD

1º.- Que cumpla con los requisitos¹ establecidos en la normativa vigente para aplicar a la admisión por continuación de estudios en los grados que se gestionan en la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid y matricularme en el caso de ser admitida/o en el Grado de mi elección.

2º.- Que los documentos que he adjuntado son fieles copias de los originales que obran en mi poder, que dispongo de la documentación que así lo acredita y que la pondré a disposición de la Universidad Autónoma de Madrid cuando me sea requerida, comprometiéndome a mantener dicha documentación a su disposición para su comprobación.

3º.- Que conozco que la inexactitud o falsedad en cualquier dato o documento implicará la nulidad tanto de la solicitud y posterior matrícula como del Título que hubiera podido emitirse.

Y para que así conste, firmo la presente en

El/La interesado/a

¹ Haber superado, al menos 30 créditos de formación básica del ámbito de conocimiento del grado al que se pretenda acceder, y acreditar una nota de admisión vigente al Grado igual o superior a la nota de corte del curso académico anterior en los estudios solicitados.