

RESIDENCIA UNIVERSITARIA SIL
C/ Román Macaya, 12 – 16
08022 Barcelona
Tfno.: 93 417 63 91
Fax: 93 417 94 85
Web: www.residenciasil.com
Email: jmmoldes@residenciasil.com

AÑO ESCOLAR: 201__ / 201__

UNIVERSIDAD: _____
ESTUDIOS: _____
CURSO: _____

Fecha de preinscripción : ____ de _____ de 201__

DATOS DEL RESIDENTE UNIVERSITARIO

Apellidos _____ Nombre _____
NIF: _____ Edad _____ Fecha Nto. _____
En _____ Dirección _____
Nº _____ Piso _____ Población _____ CP _____ Provincia _____
Tfno. Casa _____ Tfno. Trabajo Padre _____
Tfno. Trabajo Madre _____ Móvil Padre _____
Móvil Madre _____ Móvil Residente _____
Email Padre _____ Email Madre _____
Curso anterior _____ Centro de procedencia _____

FUMADOR : SI NO

TIPO DE HABITACIÓN PREFERENTE : _____

¿ Cómo conociste la Residencia ? _____

DATOS DE LOS PADRES (TUTORES)

Nombre del Padre : _____
NIF : _____ Edad _____ Profesión _____
Nombre de la madre : _____
NIF : _____ Edad _____ Profesión _____

Al recibir este documento la Residencia hace una reserva efectiva de plaza durante 15 días, plazo en el que nos pondremos en contacto con Vd. para formalizar la matrícula.

Al efectuar la preinscripción, declaro conocer la normativa por la que se rige la Residencia y estar de acuerdo con ella.