



## BOLETÍN DE SOLICITUD DE BECAS CURSOS INTENSIVOS MIR ASTURIAS® A LA EXCELENCIA ACADÉMICA EN MEDICINA

### DATOS DEL SOLICITANTE:

Nombre y Apellidos: \_\_\_\_\_ D.N.I.: \_\_\_\_\_

Población: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

C.P.: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_, Mail: \_\_\_\_\_

Facultad de Medicina: \_\_\_\_\_ Unidad Docente: \_\_\_\_\_

Año fin de carrera: \_\_\_\_\_ Curso: \_\_\_\_\_ Baremo académico: \_\_\_\_\_

Año del examen MIR para el cuál se solicita beca: (ejemplo: Año 2026 (MIR2025)): \_\_\_\_\_

### MODALIDAD DE BECA SOLICITADA:

**Baremo igual o mayor a 8.9:** beca equivalente al 100% del precio del programa elegido

Modalidad 17 meses presencial o en Directo desde casa.

Modalidad 11 meses presencial o en Directo desde casa.

Modalidad Clase Semanal (17 meses)

**Baremo 8.5 a 8.89:** beca equivalente a 890€ en las modalidades de 17 meses o equivalente a 300€ en la modalidad de 11 meses.

Modalidad 17 meses presencial o en Directo desde casa.

Modalidad 11 meses presencial o en Directo desde casa.

Modalidad Clase Semanal (17 meses)

### DOCUMENTACIÓN COMPLEMENTARIA APORTADA:

- Resguardo bancario del ingreso de la matrícula
- Original del certificado de baremo académico expedido por la Universidad de Medicina
- Fotocopia DNI
- Boletín de inscripción (en el caso de matrículas por escrito)

*Declaro tener conocimiento y aceptar las Bases que regulan las presentes ayudas que solicito en este acto.*

Fecha: \_\_\_\_\_

Lugar: \_\_\_\_\_

Fdo.

Recuerda enviar este documento relleno y firmado junto con la documentación complementaria a la siguiente dirección de correo electrónico: [becas@curso-mir.com](mailto:becas@curso-mir.com)