**Ficha de solicitud de participación en el programa AUDIT – Evaluación diseño SGC**

Sr./Sra. D./Dª.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ en calidad de representante legal de la Universidad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con domicilio en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, C.I.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, expongo el interés del CENTRO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de esta Universidad en participar en la presente convocatoria del Programa de Reconocimiento de Sistemas de Garantía de Calidad de la formación universitaria (AUDIT).

Nota: *Se deberán cumplimentar tantas solicitudes como Centros deseen participar.*

Fdo.:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 202X

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Universidad |  | |
| Centro |  | |
| Nombre de la persona responsable del Centro |  | |
| Cargo |  | |
| Dirección |  | C.P. |
| E-mail |  | |
| Teléfono |  | |