



Nombre y Apellidos:			
DNI:			
Domicilio:			
Localidad:		Provincia:	
Código Postal:		Teléfono:	
Correo electrónico:			

SOLICITA: Certificación Académica Personal

(Marcar con X lo que proceda)

- () DIPLOMATURA. Titulación: _____
- () GRADO. Titulación: _____
- () MASTER. Investigación en Cuidados de la Salud
- () DOCTORADO
- () Grado y Máster: Certificado de Asignaturas matriculadas en el curso actual

Madrid, _____

Firma

Esta solicitud carecerá de validez si no se abona el recibo correspondiente

Para retirar el Certificado es necesario presentar:

- D.N.I. y recibo pagado y sellado por la entidad bancaria.

Para retirar el Certificado en nombre de otra persona, es necesario presentar:

- Autorización expresa firmada por el interesado
- Fotocopia DNI del interesado
- Original y fotocopia del DNI de la persona que lo retira

Fecha de Retirada Certificado: ____/____/____

Firma

A cumplimentar por la Secretaría

Fecha de emisión del Recibo:	
Fecha de cobro del Recibo	

Ilma. Sr^a. DECANA DE LA FACULTAD DE ENFERMERIA, FISIOTERAPIA Y PODOLOGIA