FACULTAD DE MEDICINA

Avda. de Elvas, s/n
06006 – Badajoz
Tlfno.: 924289466
FAX: 924276350

Sello de Registro

SOLICITUD DE EXPEDICIÓN DE CERTIFICACIÓN PERSONAL

DATOS PERSONALES					
DNI/NIE/Pasaporte	**Nombre y Apellidos**				
Calle/Avenida/Plaza (especificar)	**Número**	**Portal**	**Escalera**	**Piso**	**Letra**
Código Postal	**Localidad**		**Provincia**		
Titulación			**Curso**	**Nº Expediente**	
___			___		
Teléfono/Móvil		**E-mail***			

SOLICITA

- ☐ Certificado de Calificaciones, (Personal, MIR, Expediente Informativo, ...).
- ☐ Acreditación de Matrícula.
- ☐ Desglose Informativo de Tasas Académicas.
- ☐ Tramitación de Títulos.
- ☐ Otros, (especificar) _____

DOCUMENTACIÓN QUE ACOMPAÑA

- ☐ Fotocopia de Cartilla de Familia Numerosa, en su caso.
- ☐ Solicitud de exención por Terceros y Ulteriores Hijos, en su caso.

En, _____, a _____ de _____ de 20_____

Firma:_____

*Se utilizará el e-mail como medio preferente de notificación, si no desea este medio ha de solicitarlo en el momento de entregar esta solicitud.
**Los certificados que no se retiren en quince días desde la fecha de su petición, podrán ser destruidos sin proceder reclamación alguna.

Si desea tener constancia de la presentación de su solicitud, acompañe copia de la misma para que le sea sellada