FACULTAD DE ENFERMERÍA,
FISIOTERAPIA Y PODOLOGÍA

APELLIDOS	N.I.F.

NOMBRE	FACULTAD O ESCUELA

DOMICILIO, CALLE O PLAZA	CÓDIGO POSTAL

LOCALIDAD Y PROVINCIA	TELÉFONO	EMAIL

EXPONE:
(Indíquese la causa por la que solicita la devolución)

A LA PRESENTE SOLICITUD DEBERÁ ACOMPAÑARSE COPIA DEL RESGUARDO JUSTIFICATIVO DEL INGRESO DEL QUE SE SOLICITA TOTAL O PARCIALMENTE LA DEVOLUCIÓN, DOCUMENTACIÓN ACREDITATIVA DE LA CAUSA POR LA QUE SE SOLICITA DICHA DEVOLUCIÓN Y FOTOCOPIA DEL DNI.

SOLICITA: le sea devuelta la cantidad de: _____ EUROS
mediante transferencia bancaria, a mi cuenta que detallo a continuación:

Nombre de la Entidad Bancaria

Código IBAN de la Cuenta Bancaria

En Sevilla, a_____de_____de_____.

Firma del Interesado/a

NOTA: LA CONSIGNACIÓN DE LOS DATOS BANCARIOS ES IMPRESCINDIBLE PARA HACER EFECTIVA LA DEVOLUCIÓN, EN CASO DE QUE PROCEDA

SR. RECTOR MAGNÍFICO DE LA UNIVERSIDAD DE SEVILLA