



FACULTAD DE ENFERMERÍA,  
FISIOTERAPIA Y PODOLOGÍA

## CERTIFICACIÓN ACADÉMICA PERSONAL

Sr. Decano de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología

D./D<sup>a</sup>, \_\_\_\_\_

D.N.I. / Pasaporte \_\_\_\_\_ Domicilio \_\_\_\_\_

y matriculado en el curso \_\_\_\_\_ terminado \_\_\_\_\_

ESTUDIOS DE \_\_\_\_\_

Que necesitando acreditar su situación académica, y que previo el abono de los Derechos correspondientes, se digne a disponer que por la Secretaría de esa Facultad, se le expida certificación en la que conste los siguientes extremos:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Estar matriculado en _____ curso | <input type="checkbox"/> Fecha terminación de carrera |
| <input type="checkbox"/> Calificaciones                   | <input type="checkbox"/> Fecha abono de Título        |
|   | <input type="checkbox"/> Fecha expedición Título      |

Otros méritos \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

NOTA: Cada extremo que interese debe señalarlo en el casillero correspondiente.  
No se certificarán los datos que se dejen sin consignar.

Sevilla, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.  
(firma del alumno o persona que lo represente)

Recibí la certificación correspondiente a esta solicitud..

Sevilla, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.  
Firma