



FACULTAD DE ENFERMERÍA,
FISIOTERAPIA Y PODOLOGÍA

SOLICITUD DE EXPEDICIÓN DE TÍTULO UNIVERSITARIO OFICIAL DE MÁSTER

D/D^a, _____ nacido/a
en _____, provincia de _____ el día _____
de _____ de _____, con DNI número _____ (letra) _____ y
domicilio en _____ provincia de _____,
calle _____ número _____ código postal _____,
Tfno.: _____, e-mail: _____

"IMPORTANTE": no deje de consignar su e-mail para poder notificarle la llegada de su Título".

EXPONE: Que tiene cursadas y aprobadas todas las asignaturas/créditos que
constituyen los estudios de _____
por lo que:

SOLICITA: Le sea expedido su Título Universitario Oficial de Máster en
_____, previo pago
de los derechos correspondientes.

Sevilla, a _____ de _____ de _____.

FIRMADO:

DOCUMENTOS QUE SE ACOMPAÑAN:

- Original y dos Fotocopias del **DNI en vigor** (en el caso de extranjeros **N.I.E.** o en su defecto pasaporte)
- Original y dos Fotocopias del **Título de Acceso** (comprobar, antes de realizar copias al Título, que está firmado por el/la alumno/a)
- Original y una Fotocopia de la **Tarjeta de Familia Numerosa General /Especial o Discapacidad**
- **Carta de Pago**
- Otros

IMPORTANTE:

- 1º) El abono de los derechos de expedición del Título conlleva el cierre automático del expediente académico, sin posibilidad de presentarse a examen ni de ser calificado en asignaturas excedentes en las que se hubiera matriculado.
- 2º) La solicitud del expediente del Título Universitario Oficial es **IRRENUNCIABLE**.
- 3º) Doy expresamente mi consentimiento a la Universidad de Sevilla para que pueda comprobar telemáticamente a través de la Consejería competentes de la Junta de Andalucía, los datos sobre Familia Numerosa y/o Discapacidad:
SI / NO

SR. RECTOR MAGNÍFICO DE LA UNIVERSIDAD DE SEVILLA