



Facultad de Enfermería,
Fisioterapia y Podología

SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN ACADÉMICA PERSONAL

1er. APELLIDO:2ºAPELLIDO:.....

NOMBRE: DNI.:

CON DOMICILIO EN:

CODIGO POSTAL: TELÉFONO (FIJO/MÓVIL):

E-MAIL:

TIPO DE DESCUENTO (Discapacidad/Familia Numerosa):.....

Expone: que necesita acreditar los extremos que obran en su expediente académico señalados a continuación:

() Calificaciones de Grado/Diplomatura (especifique titulación).

() Calificaciones de Máster.

() Otros:

Solicita: que, previo abono de los derechos correspondientes, le sea expedida Certificación Académica en la que consten los datos arriba indicados.

Sevilla, a ____ de _____ de _____

(Firma del interesado / a)

Quedo enterado/a que el Certificado Académico Personal tendré que retirarlo provisto/a de mi D.N.I. o PASAPORTE, y que en caso de no poder retirarlo personalmente, podré autorizar por escrito firmado por mí, a otra persona, que deberá acompañar fotocopias de los dos D.N.I.

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