



Facultad de Enfermería,  
Fisioterapia y Podología

## SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN ACADÉMICA PERSONAL

1er. APELLIDO: .....2º APELLIDO:.....

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.**