



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE ENFERMERÍA
FISIOTERAPIA Y PODOLOGÍA

INSTANCIA DE SOLICITUD DE CERTIFICADO

APELLIDOS: _____
NOMBRE: _____
DNI: _____ TELÉFONO: _____
CORREO ELECTRÓNICO: _____
DOMICILIO: _____
LOCALIDAD: _____ CP: _____ PROVINCIA: _____

Certificado solicitado: ACADÉMICO DE MATRICULACIÓN

Titulación: _____

Curso: _____

Si ha terminado, indique año: _____

Fecha de Solicitud del certificado Madrid, a __ de _____ de 20__ Firma:	Fecha de Recogida del certificado Madrid, a __ de _____ de 20__ Firma:
---	--

PARA LA RETIRADA DEL CERTIFICADO POR EL INTERESADO SERÁ NECESARIO:

- DNI
- Recibo de haber abonado las tasas del certificado

AVISO: LA RETIRADA DEL CERTIFICADO POR OTRA PERSONA REQUERIRÁ:

- Fotocopia del DNI del interesado
- Autorización escrita del interesado a la persona que lo retire
- DNI de la persona autorizada
- Recibo de haber abonado las tasas del certificado