



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE FILOLOGÍA

CERTIFICACIÓN ACADÉMICA PERSONAL

Apellidos y nombre _____

D.N.I./ Pasaporte _____

con domicilio en la calle _____,

_____ n° _____, piso _____, letra _____, código postal _____

Ciudad _____ provincia _____

_____ telf. fijo _____ telf. móvil _____

e-mail _____.

Última matrícula realizada (año académico y curso) _____

SOLICITA le sea expedida **CERTIFICACIÓN ACADÉMICA PERSONAL** de los estudios

de _____ en la que

ha de constar _____

Madrid, de _____ de 20

El/la interesado/a o persona autorizada

SR. DECANO DE LA FACULTAD DE FILOLOGÍA.

TIEMPO DE ENTREGA: 7 DÍAS

NOTA INFORMATIVA:

La retirada del certificado por la **persona interesada** tiene como requisito indispensable la presentación del D.N.I. y resguardo del pago (ejemplar para el alumno).

La retirada del certificado por **persona distinta del interesado**, tiene como requisitos indispensables: fotocopia del D.N.I. de la persona que retira el certificado, resguardo del pago (ejemplar para el alumno), autorización escrita y fotocopia del D.N.I. de la persona interesada.