



bellasartes
UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

Fecha emisión recibo:

Fecha cobro recibo:

D./Dña. _____

domiciliado en C/ _____

localidad: _____ provincia: _____

Código Postal: _____ Tif.: _____

D.N.I.: _____ Correo electrónico _____

SOLICITA *Certificación Académica Personal* en la que consten los siguientes datos:
(marque con X lo que proceda)

A) LICENCIATURA

a) Calificaciones de las Asignaturas cursadas hasta la actualidad.

b) Solamente Asignaturas matriculadas en el presente curso académico.

B) GRADO (Indicar denominación) _____

c) Calificaciones de las Asignaturas cursadas hasta la actualidad.

d) Solamente Asignaturas matriculadas en el presente curso académico.

C) MASTER (Indicar denominación) _____

D) DOCTORADO

NOTA: Para retirar el Certificado es **IMPRESINDIBLE** presentar:

- SI LO RETIRA EL INTERESADO:
 - Recibo pagado y sellado por la entidad bancaria
 - D.N.I.
- SI LO RETIRA OTRA PERSONA:
 - Recibo pagado y sellado por la entidad bancaria
 - Autorización expresa firmada por el interesado.
 - Fotocopia del D.N.I del interesado
 - Original y fotocopia del D.N.I. de la persona que lo retira.

Madrid, ____ de _____ de _____

(Firma)

AVISO IMPORTANTE:

ESTA SOLICITUD CARECERÁ DE VALIDEZ SI NO SE ABONA EL RECIBO CORRESPONDIENTE.

Fecha de retirada: ____/____/____

Recibí: