

SOLICITUD DE CERTIFICADO

Datos personales

D.N.I./Pasaporte

Primer apellido

Segundo apellido

Nombre

Teléfono

Correo electrónico

Titulación

Facultad o Escuela

Solicito envío por correo postal (cumplimentar sólo en caso afirmativo)

Dirección

Número

Esc.

Piso

Puerta

Localidad / Provincia

Código Postal

País

SOLICITA: (Marcar con una cruz lo que proceda)

<input type="checkbox"/> Certificado de Calificaciones	<input type="checkbox"/> Con nota media	<input type="checkbox"/> En inglés
--	---	------------------------------------

<input type="checkbox"/> Certificado de Estudios	<input type="checkbox"/> En inglés
--	------------------------------------

<input type="checkbox"/> Certificado de Seguro Escolar
--

Otros

Se aporta justificante del pago* de los derechos de expedición correspondientes.

Por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, es totalmente necesario presentar autorización en caso de que no sea el propio alumno quien recoge el certificado.

Madrid, a _____ de _____ de 20____

Retirada del Certificado

Fecha:

Entregado a:

Firma del alumno

Firma

SR. SECRETARIO ACADÉMICO DE LA FACULTAD O ESCUELA

* El abono ha de hacerse en una de estas cuentas de la Fundación Universitaria San Pablo CEU:
BBVA – ES53 0182.0972.15.0201507261
BANCO SANTANDER – ES38 0049.5160.79.2616000192
Indíquese en el concepto “certificado” y el nombre y apellidos del alumno.

D./Dña.....con DNI.....

AUTORIZA A

D./Dña.....con DNI.....

A retirar de la Secretaría de la Universidad CEU San Pablo, el certificado solicitado.

Firma

Madrid,.....de.....de 20.....