




**SOLICITUD DE EXPEDICIÓN DE TÍTULO DE MÁSTER UNIVERSITARIO**

A rellenar por la Facultad EXPEDIENTE N°

**Datos personales:**

D.N.I. o pasaporte

Nacionalidad (marque con una X)

Española  Otra  Indique cuál .....

Sexo (marque con una X)

Varón  Mujer

Primer apellido

Segundo apellido

Nombre

Dirección

Número

Teléfono

Código postal

Localidad

Provincia

Lugar de nacimiento: Localidad y provincia

País

Fecha de nacimiento

Correo electrónico

**Datos del Título previo:**

Estudios

Universidad

Datos de expedición

Número de Registro Nacional de Títulos

<input type="text"/>									
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

**EXPONE:**

Que ha superado los  créditos necesarios para la obtención del **Máster Universitario en**



Curso de inicio

Curso de finalización

Derechos de expedición del título

Fecha de pago

**SOLICITA:**

Que cumplidos los requisitos establecidos por la legislación vigente y de conformidad con las Normas de Organización y Funcionamiento de la Universidad (Decreto 31/2011, de 2 de junio, del Consejo de Gobierno de la Comunidad Autónoma de Madrid, BOCM n° 136, de 10 de junio) y demás normativa propia de la Universidad CEU San Pablo, le sea expedido el correspondiente TÍTULO DE MÁSTER UNIVERSITARIO.

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

Firma del alumno

Ilmo/a. Decano/a / Director/a de la Facultad de / Escuela .....  
 de la Universidad CEU San Pablo