### *SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| D./DÑA.: |  | D.N.I./PASAPORTE: |  |
| DOMICILIO: |  | NÚMERO: |  |
| D.P.: |  | LOCALIDAD: |  | PROVINCIA: |  |
| TFNO./MÓVIL: |  | e-mail: |  |

MATRICULADO/A EN EL MÁSTER UNIVERSITARIO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Desea acreditar (Marque la opción deseada)**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Estar matriculado en el curso académico: \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | Certificado Académico Personal: : \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | Otros (especificar): |

**Solicita:**

|  |
| --- |
| A Vd. que por la Secretaría de la Escuela se le expida el documento marcado. |

*Firma del interesado/a o persona autorizada,*

Recibí el certificado:

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_.

Firma del interesado/a o persona autorizada,

**SRA. DIRECTORA DE LA ESCUELA INTERNACIONAL DE POSGRADO.**