FACULTAD DE MEDICINA

SOLICITUD DE EXPEDICIÓN DE DUPLICADO DE TÍTULO UNIVERSITARIO OFICIAL

D/Dª. _____ nacido/a en _____, provincia de _____el día ___ de _____ de _____, con DNI/PASAPORTE/NIE nº _____(letra)_____, y domiciliado en Calle/Plaza/Avda. _____ población de _____ provincia _____ C.P. _____ Teléfono/s: _____/_____e-mail _____

EXPONE: Indicar el motivo de solicitud del duplicado de título (extravío, robo, deterioro, rectificación, etc.)

_____
_____
_____
_____
_____

SOLICITA: Le sea expedido el duplicado de Título Universitario Oficial correspondiente a los estudios de (marcar título): ___Licenciado/a en Medicina y Cirugía, ___Licenciado/a en Medicina, ___ Graduado/a en Medicina, ___ Graduado/a en Biomedicina Básica y Experimental, ___ Máster Universitario en Investigación Médica: Clínica y Experimental, ___ Doctor/a en Medicina y Cirugía.

Sevilla, a ____ de _____ de 20____. Firma,

DOCUMENTOS QUE SE ACOMPAÑAN:

- Original del justificante de abono de la tasa de expedición del duplicado de título.
- Fotocopia compulsada u original y fotocopia para su compulsa del DNI/PASAPORTE/NIE en vigor.
- Fotocopia compulsada u original y fotocopia para su compulsa del Libro de Familia Numerosa/Tarjeta acreditativa del Grado de Discapacidad en vigor (en su caso).

SR/A MINISTRO/A DE EDUCACIÓN Y FORMACIÓN PROFESIONAL.