

SOLICITUD DE REMISIÓN DE TÍTULO ACADÉMICO

Sr / Sra, _____, con

DNI _____, como:

- ☐ padre
- ☐ madre
- ☐ tutor legal
- ☐ alumno/a mayor de edad

domiciliado en (calle/avenida/vía) _____

_____ población _____

_____ provincia _____ y con teléfono de contacto número

_____.

Por motivos de residencia en una localidad distinta a vuestro Centro

SOLICITO,

la remisión del TÍTULO _____

correspondiente al alumno/a _____

al centro _____ con domicilio en la calle

_____ población _____

(CP _____) y provincia _____.

Firmado:

Fecha: _____

NOTA: Adjuntar copia del DNI del solicitante