



SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN ACADÉMICA PERSONAL

D/D^a. _____
nacido/a en _____, provincia _____ el día ____ de _____ de _____, edad _____, con DNI/PASAPORTE/NIE _____ y domiciliado en _____ población _____, provincia _____, código postal _____
Tfno./Móvil: _____/_____, email: _____

Alumno del Grado Plan 2001 Plan 1973 Otros Planes

EXPONE: Que necesita una Certificación Académica Personal del tipo que se señala

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Estar matriculado en _____ curso | <input type="checkbox"/> Abono del Título de Doctor |
| <input type="checkbox"/> Calificaciones | <input type="checkbox"/> Fecha de expedición del Título de Doctor |
| <input type="checkbox"/> Calificaciones de Adaptaciones | <input type="checkbox"/> Abono del Título de Especialista (anteriores a la vía MIR) |
| <input type="checkbox"/> Conducta Académica | <input type="checkbox"/> Expedición del Título de Especialista (anteriores a la vía MIR) |
| <input type="checkbox"/> Alumno Interno | <input type="checkbox"/> Calificaciones para "EXAMEN MIR" |
| <input type="checkbox"/> Fecha terminación de Carrera | <input type="checkbox"/> Observaciones _____ |
| <input type="checkbox"/> Fecha abono del Título de Licenciado | _____ |
| <input type="checkbox"/> Fecha expedición del Título de Licenciado | _____ |
| <input type="checkbox"/> Tesina de Licenciatura | _____ |
| <input type="checkbox"/> Cursos del Doctorado (se excluyen los realizados por créditos) | <input type="checkbox"/> AUTORIZO EL ENVÍO POR CORREO ELECTRÓNICO DE ESTA CERTIFICACIÓN |
| <input type="checkbox"/> Tesis Doctoral (hasta Diciembre de 1991) | |

SOLICITA: Que previo abono, en su caso, de las tasas correspondientes le sea expedida la Certificación Académica.

Sevilla, a

Firma del interesado

Documentos que se acompañan:

- Original ingreso bancario (ejemplar para el Centro)
- Fotocopia libro de Familia Numerosa en vigor *
- (* presentando también el original para su compuls)**
- En caso de recoger el certificado una persona distinta al/ a la solicitante, deberá presentar la correspondiente autorización acompañada de los DNI.

En aplicación del principio de transparencia y lealtad regulado en el Reglamento General de Protección de datos RGPD UE 2016/679 y LOPDPyGDD (LO 3/2018) se le informa que la Universidad de Sevilla es responsable del presente tratamiento de datos personales, "Gestión de estudiantes oficiales de la US" que tiene como finalidad la organización de la docencia y el estudio. El tratamiento se realiza para el cumplimiento de una obligación legal, y para el ejercicio de poderes públicos conferidos al responsable del tratamiento.

De acuerdo con la normativa aplicable, tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir sus datos personales, así como a otros derechos que puede consultar, junto a una información adicional más detallada, en el enlace http://servicio.us.es/academica/sites/default/files/Prot_Datos.pdf

SR. DECANO DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE SEVILLA