**UNIVERSIDAD DE SEVILLA**

***Departamento Farmacología***

***Facultad de Farmacia***

C / Profesor García González, 2. 41012 Sevilla (España)

*Teléfono*: 954 556720

………………………………………………, Profesor/a del Departamento Farmacología de la Facultad de Farmacia de la Universidad de Sevilla,

Avala e informa favorablemente la solicitud presentada por

……………………………………, alumno/a matriculado/a en ……… curso de Grado de………, en la que expresa su deseo de renovar o ser nombrado Alumno Interno.

A los efectos oportunos, firmo el presente en Sevilla, … de ………………de 2025