



UNIVERSIDAD PONTIFICIA DE SALAMANCA

SOLICITUD DE ANULACIÓN DE MATRÍCULA

FACULTAD DE ENFERMERIA Y FISIOTERAPIA SALUS INFIRMORUM

DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos _____

DNI o Pasaporte _____ N° de Expediente _____

Domicilio habitual _____

Ciudad _____

Teléfono _____

Correo electrónico _____

Titulación en la que está matriculado _____

Curso Académico _____

SOLICITA (marque lo que proceda)

Anulación de matrícula

Otros

En caso de tener derecho a devolución de tasas, el ingreso de la cantidad correspondiente en el número de Cuenta _____ y

Nombre del Titular de la Cuenta bancaria _____

Madrid, a _____ de _____ de _____

Firma del alumno

Firma y DNI de la persona autorizada