Universidad Pontificia de Salamanca

Salus Infirmorum
Facultad de Enfermería y Fisioterapia
Madrid

# SOLICITUD DE ANULACIÓN DE MATRÍCULA

**CURSO ACADÉMICO 2025-26**

## Datos Personales (rellénese en letras mayúsculas)

1º Apellido 2º Apellido Nombre

Nº DNI, NIE o pasaporte Nº 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

Nombre del Titular de la Cuenta bancaria

Madrid, a de de

Firma del alumno

Firma y DNI de la persona autorizada