



**DATOS PERSONALES**

D/D <sup>a</sup>	
DNI:	DOMICILIO:
LOCALIDAD:	PROVINCIA:
CÓDIGO POSTAL:	TELÉFONO:
MATRICULADO/A EN EL CURSO:	TITULACIÓN:
E-MAIL:	

**SOLICITA:** Le sea expedida una certificación de:

- Estar matriculado/a en el Centro
- Calificaciones obtenidas:  Baremo 1 (Nota media del 1 al 10)  
(Solicitar carta de pago)  Baremo 2 (Nota media del 1 al 4)
- Otros:

**TIENE DEDUCCIONES DE PAGO POR:**

- Familia Numerosa Categoría General
- Familia Numerosa Categoría Especial
- Discapacidad igual o superior al 33%

Huelva a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Firma del interesado/a

ILMO/A. SR./A DIRECTOR/A DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA