



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE FILOSOFIA

## SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN ACADÉMICA OFICIAL

D/D<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_,  
domiciliado en C/ \_\_\_\_\_ n<sup>o</sup> \_\_\_\_\_, localidad y  
provincia \_\_\_\_\_, código postal \_\_\_\_\_  
teléfono \_\_\_\_\_. Correo electrónico \_\_\_\_\_  
(Indique el curso académico en que realizó la última matrícula (            ) )

**EXPONE:** Que habiéndosele concedido autorización para continuar estudios en la Universidad

\_\_\_\_\_

**SOLICITA:** TRASLADO de expediente a la Facultad \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ de aquella Universidad.

Madrid, de de 20

El interesado

ILMO. SR DECANO DE LA FACULTAD DE FILOSOFÍA DE LA UCM.

-Debe acompañar esta solicitud de Fotocopia de del D.N.I. y original de la carta de admisión del Centro donde ha sido admitido