



FACULTAD DE MEDICINA  
SECRETARÍA

NOTA: A la presente instancia se acompañará fotocopia del Documento de Identidad

D/a \_\_\_\_\_,  
nacido en \_\_\_\_\_, provincia de \_\_\_\_\_,  
con nacionalidad \_\_\_\_\_, Documento de Identidad \_\_\_\_\_,  
domicilio en calle \_\_\_\_\_,  
número \_\_\_\_\_, piso \_\_\_\_\_, letra \_\_\_\_\_, población \_\_\_\_\_,  
código postal \_\_\_\_\_, provincia \_\_\_\_\_,  
teléfono con prefijo \_\_\_\_\_, móvil \_\_\_\_\_,  
correo electrónico \_\_\_\_\_

**EXPONE:**

Que ha finalizado los estudios exigidos por la vigente legislación para obtener el título de **GRADO EN MEDICINA**

Y abonado las tasas correspondientes

- Ordinaria
- Familia Numerosa General
- Familia Numerosa Especial
- Discapacitados igual o superior 33%

**SOLICITA** la expedición del correspondiente título.

Salamanca, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

(Firma del solicitante)

**Diligencia:**

El/la interesado/a presenta documento de identidad

número \_\_\_\_\_

Que acredita que nació en \_\_\_\_\_

Provincia de \_\_\_\_\_

El día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Salamanca, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

El funcionario/a