FACULTAD DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA

C/del Donante de Sangre, s/n (37007- SALAMANCA)

Tlfno: 923 29 45 75

email: enffis@usal.es

D. .....

con domicilio en C/ ..... nº .....

C.P. ..... Lugar .....

Provincia ..... Teléfono ..... D.N.I. .....

SOLICITA:

La **Anulación de la matrícula** en **GRADO EN** .....

en el actual año académico 20 ..... - 20 ..... , por irse a la titulación de:

.....

de la Universidad de .....

En Salamanca a, ... de ..... de ....

El/La interesado/a

☐ He leído y acepto la Política de Privacidad. *Marcar con una X obligatoriamente*

SR. DECANO DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA
UNIVERSIDAD DE SALAMANCA