



SOLICITUD DEL TÍTULO DE DOCTOR/A

D./D^a. _____

Fecha de nacimiento: _____ Lugar de nacimiento: _____

Provincia: _____ País: _____

Nacionalidad: _____ Dirección: _____

_____ Población: _____

Provincia: _____ País: _____

e-mail: _____ Teléfono: _____

EXPONE:

que habiendo finalizado los estudios exigidos por la vigente legislación para obtener el título de DOCTOR/A, y abonadas las tasas correspondientes,

Ordinaria

Familia numerosa categoría general

Familia numerosa categoría especial

SOLICITA la expedición del correspondiente título,

Salamanca, __ de _____ de 20__

Firmado:

DILIGENCIA

Según Orden del 12 de abril de 1971 (B.O.E. del 22) el/la interesado/a presenta D.N.I. nº _____
Pasaporte nº _____
N.I.E. nº _____,
que acredita que nació en _____
provincia de _____
el día __ de _____ de 19____.

Salamanca, a __ de _____ de 20__

EL/LA FUNCIONARIO/A