SOLICITUD DE REMISIÓN DE TÍTULO

 SOLICITANTE Apellidos....................................................................................Nombre.......................... ......................

DNI...........................................Domicilio para notificaciones.......................................................... ..... ....

...... ........ ...... .............. CP.................. POBLACIÓN..............................................................

PROVINCIA.................................. TELEFONO....................................... FAX....................................

EMAIL............................................

 PETICIÓN

Solicita que el Título de le sea remitido a la

[Delegación / Subdelegación (exclusivamente a estos organismos) ] del Gobierno en la provincia de

....................................................... donde procederá a personarse con su DNI o a través de representante debidamente apoderado ante notario, para retirar dicho título.

Localidad ................................................. Fecha............................................

Firma del Solicitante

Documentación a adjuntar:

Fotocopia a dos caras del DNI que no haya caducado.

* Comentarios: **Para la solicitud del envío de su título debe seguir los siguientes pasos:**
1. **Devolver la solicitud adjunta rellenada y firmada junto con una** copia de su DNI.
2. **A continuación le será enviado el título a la delegación del gobierno elegida, junto con una notificación a su domicilio confirmándole el envío.**

Enviar por correo ordinario a:

Secretaría Facultad de Medicina Avenida de la Investigación Nº11 18016. Granada

ESPAÑA