

SOLICITUD DE ANULACIÓN/AMPLIACIÓN MATRÍCULA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

En plazo (30/45 días desde el comienzo de las clases de la asignatura)

(El alumno comprobará en la Secretaría Virtual la concesión de la solicitud y si procede debe ENVIAR el justificante de abono de tasas a secretariadealumnos@lasallecampus.es)

Apellidos Nombre: _____

D.N.I.: _____

Titulación: _____

Curso: _____

NIA: _____

Teléfono: _____ Correo: _____

Código	Nombre Asignatura	Grupo	Ampliación	Anular ¹	Matricular Reconocidas

Madrid, ___ de _____ de 20__

Firma del Solicitante,

¹ La matrícula no puede ser inferior a 36 ECT sin autorización.