



VNIVERSIDAD  
D SALAMANCA

CAMPUS DE EXCELENCIA INTERNACIONAL



Secretaría  
Facultad de Medicina

**Solicitud de traslado de expediente a otras universidades**

**Datos personales del solicitante:**

Apellidos:		Nombre:	
D.N.I.			
Nacido en		el día:	
Nº de teléfono		e-mail:	

**Traslado:**

<b>Universidad de destino</b>	<b>Pública:</b> <i>(Nombre)</i>	<b>Centro:</b>
	<b>Privada:</b> <i>(Nombre)</i>	<b><u>e-mail Centro Destino:</u></b>

El alumno solicita a Vd, de conformidad con la autorización presentada correspondiente a la Universidad de \_\_\_\_\_ el traslado de su expediente académico a la Facultad/Escuela Universitaria \_\_\_\_\_ de la misma, para continuar en dicho Centro sus estudios de \_\_\_\_\_

<b>Grado en:</b>
<b>Licenciado en:</b>

*Salamanca, ..... de ..... de .....*  
*(firma del/la interesado/a)*