



## TRIBUNAL DE COMPENSACIÓN

D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_

Con dni /pasaporte \_\_\_\_\_

domicilio (a efectos de la notificación de resolución):

en la calle \_\_\_\_\_ número \_\_\_\_\_

Código postal \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_ teléfono \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

### EXPONE:

Que cumple los requisitos señalados en el Reglamento del Tribunal de Compensación en la Titulación de:

- Grado de Medicina**
- Grado de Odontología**

### SOLICITA:

La compensación de la Asignatura:

Código:

---

Salamanca, de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

(Firma del alumno/a)