



**UNIVERSIDAD
DE SALAMANCA**

CENTRO DE FORMACIÓN PERMANENTE

NEGOCIADO DE TÍTULOS PROPIOS

HOSPEDERIA FONSECA

c/ Fonseca, nº 2, 1º piso (37002 Salamanca)

Tel.: +34 923 294 500 (ext. 1173/1264)

e-mail: titulosp@usal.es

SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN DE PRECIOS ACADÉMICOS

DATOS PERSONALES:

D.N.I.: _____ Pasaporte: _____

Teléfono: _____ E-mail: _____

Nombre y Apellidos: _____

Dirección: _____

Población: _____ Código Postal: _____

Matriculado en el Título Propio:

en el año: _____

MOTIVOS DE LA DEVOLUCIÓN: (Debe adjuntar el resguardo original del pago)

IMPORTE DE LA DEVOLUCIÓN: _____

Datos de la cuenta en la que desea que se haga efectiva la devolución (se recuerda que el alumno debe ser titular o cotitular de la cuenta).

Nombre del Banco o Caja: _____

Ciudad: _____

IBAN:

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

NÚMERO DE CUENTA: (20 Dígitos)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Salamanca, a ___ de _____ de _____

Fdo: _____

SR. GERENTE DE LA UNIVERSIDAD DE SALAMANCA