



**Facultad de Medicina
Universidad Zaragoza**

D./D^a

con D. N. I. o pasaporte núm

Domicilio en C/, N^o

C.P y Población....., Provincia de

Correo electrónico.....

N^o cuenta bancaria a efectos de devolución de ingresos:.....

EXPONE, que, habiendo sido extraviado/destruido/deteriorado su Título de

expedido a través de la Facultad de Medicina de Zaragoza,

SOLICITA, a V.I. se sirva dar las órdenes oportunas, previos los trámites que procedan para la expedición de un duplicado del mencionado Título.

Zaragoza, a

Fdo.....

De acuerdo con lo dispuesto en la ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos de que sus datos pasan a formar parte del fichero de estudiantes, cuya finalidad es la gestión de su participación en los servicios de la Universidad de Zaragoza.
Puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación y cancelación de sus datos remitiendo un escrito dirigido al Sr. Gerente adjuntando una copia de un documento que acredite su identidad.