

## SOLICITUD DE DUPLICADO DE TÍTULO

### DATOS PERSONALES

APELLIDOS:	
NOMBRE:	DNI/PASAPORTE/NIE:
TELÉFONO:	EMAIL:
DOMICILIO:	
LOCALIDAD:	
PROVINCIA:	CÓDIGO POSTAL:

**EXPONE:** Que habiendo surtido efectos su Título de:

- Graduado en Odontología
- Máster Universitario en Odontología Restauradora, Estética y Funcional
- Máster Universitario en Odontología Médico-Quirúrgica
- Máster Universitario en Odontología Infantil
  
- Licenciado en Odontología (Plan 89)
- Licenciado en Odontología (Plan 96)
- Licenciado en Odontología (Plan 2004)
- Máster Universitario en Ciencias Odontológicas
- Máster Universitario en Odontología Infantil, Ortodoncia y Odontología Comunitaria

**SOLICITA:** expedición de Duplicado de éste por el siguiente motivo:

- Destrucción total o parcial
- Robo
- Extravío
- Rectificación del original

Asimismo indica que esta circunstancia ha sido publicada en el BOE nº ....., de fecha ..... de ..... de 20..... , cuya copia se adjunta\*; habiendo transcurrido por tanto 30 días hábiles desde esta publicación.

Sevilla, a .... de ..... de 202 ..

Firmado

D/D<sup>a</sup>. .....

Documentos que se adjuntan:

- 2 copias del DNI/Pasaporte en vigor\*
- Original del documento justificativo del ingreso bancario, correspondiente a la expedición del duplicado
- Copia del anuncio en el BOE

\* El documento ORIGINAL debe presentarse para su cotejo.

SR. RECTOR MAGNÍFICO DE LA UNIVERSIDAD DE SEVILLA