

SOLICITUD DE EXENCIÓN POR DISCAPACIDAD DEL ALUMNO RECONOCIDA IGUAL O SUPERIOR AL 33 POR CIENTO EN LAS TASAS POR EXPEDICIÓN DE TÍTULO ACADÉMICO NO UNIVERSITARIO.

DATOS DEL SOLICITANTE:

NOMBRE	1 <sup>ER</sup> APELLIDO	2º APELLIDO
DNI/NIF	DOMICILIO PARA NOTIFICACIONES	TELÉFONO DE CONTACTO

Se deberá acompañar la documentación acreditativa del grado de discapacidad.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_

FIRMA DEL SOLICITANTE