



**DECLARACIÓN RESPONSABLE A EFECTOS DE ENTREGA**

**DEL TÍTULO DE ACCESO AL GRADO EN MEDICINA (\*)**

(\*) Art. 69.4 de la Ley 39/2015, de Procedimiento Administrativo Común: “La inexactitud, falsedad u omisión, de carácter esencial, de cualquier dato o información que se incorpore a una declaración responsable o a una comunicación, o la no presentación ante la Administración competente de la declaración responsable, la documentación que sea en su caso requerida para acreditar el cumplimiento de lo declarado, o la comunicación, determinará la imposibilidad de continuar con el ejercicio del derecho o actividad afectada desde el momento en que se tenga constancia de tales hechos, sin perjuicio de las responsabilidades penales, civiles o administrativas a que hubiera lugar.

# Declarante:

Nombre y apellidos: Haga clic o pulse aquí para escribir texto. DNI: Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

Titulación de acceso: Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

Domicilio: Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

Localidad: Haga clic o pulse aquí para escribir texto. Código Postal: Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

Teléfono/s: Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

Correo Electrónico: Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

# Declaración que se efectúa:

Que no disponiendo del título que me dio acceso al Grado en Medicina, me comprometo a aportarlo a mi expediente en cuanto lo reciba (original y copia del **título de Bachiller** o del **título de** **Técnico Superior de Formación Profesional**) y mientras tanto presento esta Declaración para que se pueda continuar con la tramitación de mi título de Graduado/a en Medicina.

Málaga, Haga clic o pulse aquí para escribir texto. de Haga clic o pulse aquí para escribir texto. de 2022

El/La solicitante

Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

**SR. DECANO. DE LA FACULTAD DE MEDICINA**