



**Junta de Andalucía**

**CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN**  
Dlegación Territorial de Educación de Cádiz

**SOLICITUD DEVOLUCIÓN DE TASAS**

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre
DNI	Teléfono	Correo electrónico
Dirección		
Localidad	C.P.	Provincia

**EXPONE:**

Que habiendo abonado las tasas correspondientes a .....

.....

.....

**SOLICITA:**

Le sea devuelto el importe de ..... euros.

En Cádiz, a ..... de ..... de .....

Firmado: