**FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA EMISIÓN DE RECIBOS**

Yo …………………..……… Identificado con DNI ………………, estudiante\*,\_\_\_ , bachiller\_\_\_,egresado\_\_\_ en el semestre\_\_\_\_\_\_\_\_\_de la Facultad de Odontología USMP solicito ………………………………………………………………………………

(**Indicar concepto claro y preciso del recibo que solicita**)

Autorizo la emisión del recibo de pago por este concepto y declaro que tengo pleno conocimiento del costo correspondiente.

Remito este correo en señal de conformidad y compromiso.

Lima, ……. de…………………… de …………….

\*Si es estudiante, indicar el ciclo y semestre de matrícula.