



FACULTAD DE ENFERMERÍA,  
FISIOTERAPIA Y PODOLOGÍA

## SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE CRÉDITOS EN ENSEÑANZAS SUPERIORES NO UNIVERSITARIAS AL GRADO

D/D<sup>a</sup>, \_\_\_\_\_  
Natural de \_\_\_\_\_, provincia de \_\_\_\_\_  
de Nacionalidad \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
D.N.I. / Pasaporte \_\_\_\_\_ Domicilio a efectos de Notificaciones,  
\_\_\_\_\_  
Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_  
Tfno: \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_, e-mail: \_\_\_\_\_

### **EXPONE:**

Que ha cursado estudios de Enseñanzas Superiores no (denominación título, Técnico Superior en Óptica, Técnico Superior en Prótesis Dentales, etc...) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(Centro de Procedencia) \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

### **SOLICITA:**

Que de acuerdo con la normativa vigente, solicita el Reconocimiento de las asignaturas correspondientes al Plan de Estudios del GRADO en \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### **ASIGNATURAS SUPERADAS EN SU CENTRO DE (E.S. no U.)**

#### **ASIGN. A RECONOCER EN NUESTRO CENTRO**

Nº 1 _____	_____
Nº 2 _____	_____
Nº 3 _____	_____
Nº 4 _____	_____
Nº 5 _____	_____



FACULTAD DE ENFERMERÍA,  
FISIOTERAPIA Y PODOLOGÍA

**ASIGNATURAS SUPERADAS  
EN SU CENTRO DE (E.S. no U.)**

**ASIGN. A RECONOCER  
EN NUESTRO CENTRO**

Nº 6 _____	_____
Nº 7 _____	_____
Nº 8 _____	_____
Nº 9 _____	_____
Nº 10 _____	_____
Nº 11 _____	_____
Nº 12 _____	_____
Nº 13 _____	_____
Nº 14 _____	_____
Nº 15 _____	_____
Nº 16 _____	_____
Nº 17 _____	_____
Nº 18 _____	_____
Nº 19 _____	_____
Nº 20 _____	_____

LAS SOLICITUDES DE RECONOCIMIENTO DE CRÉDITOS BASADAS EN ESTUDIOS SUPERADOS EN TÍTULOS OFICIALES ESPAÑOLES DE EDUCACIÓN SUPERIOR NO UNIVERSITARIA, SE RESOLVERÁN TENIENDO EN CUENTA LA ADECUACIÓN ENTRE LAS COMPETENCIAS Y CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS EN LAS MATERIAS SUPERADAS. EN NINGÚN CASO SE REFERIRÁN A MATERIAS O ASIGNATURAS PREVIAMENTE RECONOCIDAS, CONVALIDADAS O ADAPTADAS, Y EN LOS PREVISTOS EN EL PLAN DE ESTUDIOS DEL TÍTULO DE DESTINO, SEGÚN ACUERDO 4.3/CG 22-11-11, POR EL QUE SE APRUEBA LA NORMATIVA REGULADORA DE RECONOCIMIENTO Y TRANSFERENCIA DE CRÉDITOS EN SU ART. 8 Y 18.3.



FACULTAD DE ENFERMERÍA,  
FISIOTERAPIA Y PODOLOGÍA

DEBEN DE APORTAR CERTIFICADO DE NOTAS (ORIGINAL Y COPIA) Y LOS PROGRAMAS DE ESTUDIOS, CON SUS CONTENIDOS ACADÉMICOS Y EL NÚMERO DE HORAS SEMANALES Y EL CARÁCTER ANUAL O CUATRIMESTRAL (ORIGINALES FIRMADOS Y SELLADOS POREL CENTRO DE ORIGEN) Y PLAN DE ESTUDIOS Y DENOMINACIÓN DEL TÍTULO.

JUNTO CON LA SOLICITUD DEBERÁ PRESENTAR ORIGINAL Y COPIA DE LAS EXENCIONES DE PAGO QUE DISPONGA COMO FAMILIA NUMEROSA O DISCAPACITADOS.

PODRÁN RECOGER LOS PROGRAMAS DE ASIGNATURAS UNA VEZ FINALIZADO EL PROCESO DE RECONOCIMIENTO, EN UN PLAZO NO SUPERIOR A 6 MESES DESDE LA ENTREGA DE LA SOLICITUD EN LA SECRETARÍA, DE LO CONTRARIO SE ENTENDERÁ POR DESESTIMADA SU RECOGIDA Y SE PROCEDERÁ A SU DESTRUCCIÓN.

\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

FIRMADO,

Nombre y Apellidos \_\_\_\_\_

ILMO. SR. DECANO DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA, FISIOTERAPIA Y PODOLOGÍA.