



Facultad de Enfermería,  
Fisioterapia y Podología

**SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE ESTUDIOS ESPAÑOLES  
EN OTRAS UNIVERSIDADES O ENTIDADES (ITINERARIOS  
CURRICULARES) AL GRADO**

D / D<sup>a</sup>.....  
Natural de.....Provincia de.....  
De Nacionalidad.....Fecha de Nacimiento.....  
D.N.I./Pasaporte.....Domicilio a efectos de.....  
.....  
Localidad.....Provincia.....C.P.....  
Tfno.....Fax.....e-mail.....

**SOLICITA:**

**ESTUDIOS O CURSOS DE ORIGEN:**

**ASIGNATURA DE DESTINO**

Nº 1.....	.....
Nº 2.....	.....
Nº 3.....	.....
Nº 4.....	.....
Nº 5.....	.....
Nº 6.....	.....
Nº 7.....	.....
Nº 8.....	.....
Nº 9.....	.....
Nº 10.....	.....
Nº 11.....	.....
Nº 12.....	.....



Facultad de Enfermería,  
Fisioterapia y Podología

**ASIGNATURAS SUPERADAS  
EN SU UNIV. DE ORIGEN**

**ASIGN. A RECONOCER  
EN NUESTRO CENTRO**

Nº 13.....	.....
Nº 14.....	.....
Nº 15.....	.....
Nº 16.....	.....
Nº 17.....	.....
Nº 18.....	.....
Nº 19.....	.....
Nº 20.....	.....
Nº 21.....	.....
Nº 22.....	.....
Nº 23.....	.....
Nº 24.....	.....
Nº 25.....	.....
Nº 26.....	.....
Nº 27.....	.....
Nº 28.....	.....



Facultad de Enfermería,  
Fisioterapia y Podología

**DEBEN DE APORTA ORIGINAL Y COPIA DE TODOS LOS ESTUDIOS O  
CURSOS**

.....a.....de.....de.....

FIRMADO,

Nombre y Apellidos.....

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