



FACULTAD DE ENFERMERÍA,
FISIOTERAPIA Y PODOLOGÍA

SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO PARCIALES DE ESTUDIOS EXTRANJEROS

D/D^a, _____
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 (indicar) _____
(indicar si son estudios totales o parciales) _____
en la Escuela o Facultad de _____
de la Universidad de _____
País _____

SOLICITA:

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

ASIGN. SUPERADAS EN SU UNIVERS. DE ORIGEN

Nº 1 _____
Nº 2 _____
Nº 3 _____
Nº 4 _____
Nº 5 _____
Nº 6 _____
Nº 7 _____
Nº 8 _____

ASIGN. A RECONOCER EN NUESTRO CENTRO

_____ Curso _____
_____ Curso _____
_____ Curso _____
_____ Curso _____
_____ Curso _____
_____ Curso _____
_____ Curso _____
_____ Curso _____



FACULTAD DE ENFERMERÍA,
FISIOTERAPIA Y PODOLOGÍA

Nº 9	_____	_____	Curso	_____
Nº 10	_____	_____	Curso	_____
Nº 11	_____	_____	Curso	_____
Nº 12	_____	_____	Curso	_____
Nº 13	_____	_____	Curso	_____
Nº 14	_____	_____	Curso	_____
Nº 15	_____	_____	Curso	_____
Nº 16	_____	_____	Curso	_____
Nº 17	_____	_____	Curso	_____
Nº 18	_____	_____	Curso	_____
Nº 19	_____	_____	Curso	_____
Nº 20	_____	_____	Curso	_____

_____ a _____ de _____ de _____

FIRMADO,

Nombre y Apellidos _____

LOS PROGRAMAS DE LAS ASIGNATURAS CURSADAS Y APROBADAS EN EL CENTRO DE ORIGEN, HABRÁN DE ESTAR NUMERADOS.

INDICAR ESTA NUMERACIÓN TAMBIÉN EN ESTA SOLICITUD AL LADO DE LAS ASIGNATURAS SUPERADAS EN SU UNIVERSIDAD DE ORIGEN Y QUE DESEA RECONOCIMIENTO.

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

SEVILLA, _____ de _____ de _____