



FACULTAD DE ENFERMERÍA,
FISIOTERAPIA Y PODOLOGÍA

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

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 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.