



FACULTAD DE ENFERMERÍA,  
FISIOTERAPIA Y PODOLOGÍA

## SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE ESTUDIOS ESPAÑOLES TÍTULOS UNIVERSITARIOS SIN CARÁCTER OFICIAL (TÍTULOS PROPIOS) 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 (Máster, curso Experto, etc,...) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(Indicar si son estudios totales o parciales) \_\_\_\_\_  
Denominación del Título \_\_\_\_\_  
De la Universidad de \_\_\_\_\_

### **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 TITULACIÓN DE ORIGEN**

#### **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 TITULACIÓN DE ORIGEN**

**ASIGN. A RECONOCER  
EN NUESTRO CENTRO**

Nº 6 _____	_____
Nº 7 _____	_____
Nº 8 _____	_____
Nº 9 _____	_____
Nº 10 _____	_____

LAS SOLICITUDES DE RECONOCIMIENTO DE CRÉDITOS BASADAS EN ESTUDIOS SUPERADOS EN TÍTULOS UNIVERSITARIOS QUE NO TENGA CARÁCTER OFICIAL Y VALIDEZ EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL, SE RESOLVERÁN TENIENDO EN CUENTA LA ADECUACIÓN ENTRE LAS COMPETENCIAS Y CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS EN LAS MATERIAS SUPERADAS Y PREVISTOS EN EL PLAN DE ESTUDIOS DEL TÍTULO DE DESTINO SEGÚN ACUERDO 4.3/CG 22-11-11 NORMATIVA REGULADORA DE RECONOCIMIENTO Y TRANSFERENCIA DE CRÉDITOS EN SU ARTÍCULO 7.

DEBEN DE APORTAR CERTIFICADO DE NOTAS (ORIGINAL Y COPIA) Y LOS PROGRAMAS DE LAS ASIGNATURAS CURSADAS Y APROBADAS (ORIGINALES FIRMADOS Y SELLADOS) DEL CENTRO DE ORIGEN.

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

FIRMADO,

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

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