



FACULTAD DE ENFERMERÍA,
FISIOTERAPIA Y PODOLOGÍA

SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE ESTUDIOS ESPAÑOLES TÍTULOS UNIVERSITARIOS SIN CARÁCTER OFICIAL (TÍTULOS PROPIOS) 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 (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.