Cruz Roja Española

ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID

SOLICITUD DE CONVALIDACION Y RECONOCIMIENTO DE CRÉDITOS

DATOS PERSONALES

APELLIDOS:……..

NOMBRE: ....D.N.I.: .....

TELÉFONO:…….. ……...e-mail:… .....

EXPONE: Que teniendo aprobados los estudios totales/parciales (táchese lo que NO proceda) de la CARRERA DE..... ....

ESPECIALIDAD..... ...., cursada en la ESCUELA/FACULTAD..... ..... ……de la UNIVERSIDAD..... ....

SOCILITA: La convalidación/reconocimiento de créditos de las asignaturas que se detallan a continuación:

Asignaturas de Origen (Asignaturas superadas)	Curso	Nº Créditos	Asignaturas de Destino (Asignaturas que solicita)	Curso	Nº Créditos

DOCUMENTOS QUE SE ACOMPAÑAN LA SOLICITUD:

☐Fotocopia del DNI
☐Certificación Académica de los estudios realizados
☐Programas de las asignaturas cursadas

Madrid a……de……..……de…….

Firma del interesado/a