***SOLICITUD*** *DE RECONOCIMIENTO Y TRANSFERENCIA DE CRÉDITOS PARA LOS ESTUDIOS DE GRADO*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| D/Dª.  |       | , con D.N.I. nº |       |
| con domicilio en la localidad de |       | , código postal |       |
| provincia de |       | , en la C/ |       |
| Teléfono: |       | Email: |       |

|  |  |
| --- | --- |
| **EXPONE:** | Que teniendo cursadas y superadas las siguientes asignaturas en el Centro: |
|       |
| de la Universidad: |       |
| De lo que adjunta la correspondiente documentación oficial acreditativa. |

|  |
| --- |
| **SOLICITA, Reconocimiento/Transferencia** de créditos del título de GRADO EN ENFERMERÍA que se imparte en ente Centro según la siguiente petición: |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ACTIVIDAD CURSADA1** | **CR** | **ACTIVIDAD SOLICITADA** | **CR** |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| En Cádiz, a |       | de |       | de 2023 |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| Firma del alumno/a |