***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 2024 |

|  |
| --- |
|  |

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