Universidad de Cádiz
Facultad de Enfermería y Fisioterapia
Secretaría
Avda. Ana de Viya, 52
11009 Cádiz
Tlf. 956-019088/89
Fax: 956-019011
secretaria.enfermeria@uca.es

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

D./Dª._____, con D.N.I. nº _____ , con domicilio en la localidad y Código Postal de _____ provincia de _____ en la C/_____ con teléfono nº _____ y correo electrónico _____

EXPONE: Que teniendo cursadas y superadas las siguientes asignaturas en el Centro _____ de la Universidad _____, de lo que se adjunta la correspondiente documentación oficial acreditativa,

SOLICITA: Reconocimiento/Transferencia de créditos del título de GRADO EN _____ que se imparte en este Centro según la siguiente petición:

ACTIVIDAD CURSADA[1]	**CR**	**R**[2]	**T**[2]	**ACTIVIDAD SOLICITADA**	**CR**

En _____ a ____ de _____ de dos mil _____

Firma del alumno

1. - DENOMINACIÓN DE LAS ASIGNATURAS, ACTIVIDADES, ETC.

2. – **R** (Reconocimiento de créditos), **T** (Transferencia de créditos).

ILMO. SR. PRESIDENTE DE LA COMISIÓN DE GARANTÍA INTERNA DE LA CALIDAD DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA DE LA UNIVERSIDAD DE CÁDIZ.