



UNIVERSIDAD DE BURGOS
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

**SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE CRÉDITOS
POR ESTUDIOS UNIVERSITARIOS OFICIALES**

CURSO 20__ / __

DATOS PERSONALES

Apellidos: Nombre: DNI / Pasaporte:
Domicilio: n.º: Localidad: C.P.:
Provincia: Teléfonos: Correo electrónico:

DATOS ACADÉMICOS

Estudios de Grado o Máster matriculados en la Universidad de Burgos para los que se solicita el reconocimiento de créditos
.....
Estudios universitarios oficiales cursados por los que se solicita el reconocimiento y Universidad de origen:
.....

ASIGNATURAS SUPERADAS	ASIGNATURAS DEL PLAN DESTINO	Nº DE CRÉDITOS SOLICITADOS

Fecha y firma del solicitante:

Documentación a presentar: *No es necesario presentar si los estudios se han cursado en la Universidad de Burgos.*

- Certificación académica donde consten las asignaturas superadas (original o fotocopia compulsada).
- Programas de las asignaturas superadas (sellados por la Universidad de procedencia o con otra garantía de veracidad).

SR. DECANO/DIRECTOR DE LA FACULTAD/ESCUELA.....