



UNIVERSIDAD DE BURGOS
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

**SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE CRÉDITOS EN GRADO
POR ESTUDIOS DE FORMACIÓN PROFESIONAL**

CURSO 20__ / __

DATOS PERSONALES

Apellidos: Nombre: D.N.I. / Pasaporte:
Domicilio: nº: Localidad: C.P.:
Provincia: Teléfonos: Correo electrónico:

DATOS ACADÉMICOS

Estudios de Grado matriculados en la Universidad de Burgos:

.....

Estudios de Ciclo Formativo de Grado Superior:

TÉCNICO SUPERIOR EN:

MÓDULO SUPERADO	ASIGNATURA DEL GRADO	Nº DE CRÉDITOS

Fecha y firma del solicitante:

Documentación a presentar: *Exentos alumnos que ya hubiesen presentado esta documentación para el acceso a la titulación*

- Certificación académica del Ciclo Formativo de Grado Superior cursado, donde figuren los módulos superados (original o fotocopia compulsada).

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