



**UNIVERSIDAD DE BURGOS**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE CRÉDITOS  
POR EXPERIENCIA LABORAL Y 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 o Máster matriculados en la Universidad de Burgos para los que se solicita el reconocimiento de créditos:  
.....

EXPERIENCIA LABORAL Y PROFESIONAL	ASIGNATURAS DEL PLAN DESTINO	Nº DE CRÉDITOS SOLICITADOS

Fecha y firma del solicitante:

**Documentación a presentar:**

- Los/as trabajadores/as asalariados/as deberán aportar Certificación de la Tesorería General de la Seguridad Social, del Instituto Social de la Marina o de la Mutualidad a la que estuvieran afiliados. En dichos documentos deberá constar la empresa, la categoría laboral (grupo de cotización), el período de contratación y copia del contrato de trabajo o certificación de la empresa en la que conste la duración de los periodos de prestación del contrato, una descripción detallada de la actividad desarrollada (reflejando las competencias adquiridas y desarrolladas en el trabajo) y el intervalo de tiempo en el que se ha realizado dicha actividad.
- Los/as trabajadores/as autónomos o por cuenta propia deberán aportar Certificación de la Tesorería General de la Seguridad Social o del Instituto Social de la Marina en el que pueda constarse los períodos de alta en la Seguridad Social en el régimen especial correspondiente así como una descripción de la actividad desarrollada reflejando las competencias adquiridas y el intervalo de tiempo en el que se ha realizado la misma.
- Los/as trabajadores/as voluntarios/as o becarios/as deberán aportar Certificación emitida por la organización donde hayan prestado su actividad en la que conste, específicamente, las actividades y funciones realizadas y las competencias adquiridas, el año en el que se han realizado y el número total de horas dedicadas a las mismas.

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



**UNIVERSIDAD DE BURGOS**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

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