



UNIVERSIDAD DE BURGOS
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

**SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE CRÉDITOS
POR ACTIVIDADES UNIVERSITARIAS**

CURSO 20__ / __

DATOS PERSONALES

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

DATOS ACADÉMICOS

Estudios de Grado matriculados en la Universidad de Burgos para los que se solicita el reconocimiento de créditos
.....

ACTIVIDADES UNIVERSITARIAS *	PERIODO DE REALIZACIÓN*	FECHA DE AUTORIZACIÓN*	Nº DE CRÉDITOS* SOLICITADOS

* Se puede consultar la información sobre las actividades universitarias autorizadas para el reconocimiento de créditos en:
<http://www.ubu.es/acceso-admision-y-matricula/tramites-academicos/reconocimiento-de-creditos/actividades-universitarias-culturales-deportivas-de-representacion-estudiantil-solidarias-y-de-0>

Fecha y firma del solicitante:

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