



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE
MADRID

RECONOCIMIENTO DE ESTUDIOS DE GRADO

SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO PARCIAL DE ESTUDIOS REALIZADOS EN UNIVERSIDADES ESPAÑOLAS

DNI/NIE/PASAPORTE	NACIONALIDAD	SEXO F M	FECHA NACIMIENTO
APELLIDOS		NOMBRE	
DIRECCION			NUMERO PISO
LOCALIDAD		PROVINCIA	CODIGO POSTAL
PAIS	TELEFONO MOVIL	CORREO ELECTRONICO	

EXPONE: Que tiene cursados los siguientes estudios

- **Estudios:** -----
- **Centro:** -----
- **Universidad:** -----
- **Localidad del centro:**-----

SOLICITA: El Reconocimiento por los estudios de-----
que se imparten en la Facultad de Medicina de las asignaturas que se detallan al dorso, por lo que
acompaño los documentos que a continuación se relacionan:

- Certificado donde consten las asignaturas cursadas y aprobadas.
- Programa de cada una de las asignaturas en el que figure contenido y amplitud con las que fueron cursadas.
- Planes de Estudios
- Otros documentos:

Fecha:

El/la interesado/a

PROTECCIÓN DE DATOS: Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero 'Matrícula Estudios de Grado', cuya finalidad es la matriculación y seguimiento de los expedientes de enseñanzas de grado. Usos: procesos de matrícula, liquidación, elaboración de actas, listados, certificaciones, control económico, etc. Se prevén cesiones a otros órganos de la Administración del Estado y la Comunidad de Madrid. El órgano responsable del fichero es Vicerrectorado de Estudiantes. La dirección donde el interesado podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el mismo es en la Avda. de Séneca 2, 28040-Madrid, de todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

DECANO DE LA FACULTAD DE MEDICINA

COPIA PARA LA UNIVERSIDAD



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE
MADRID

RECONOCIMIENTO DE ESTUDIOS DE GRADO

SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO PARCIAL DE ESTUDIOS REALIZADOS EN UNIVERSIDADES ESPAÑOLAS

DNI/NIE/PASAPORTE	NACIONALIDAD	SEXO F M	FECHA NACIMIENTO
APELLIDOS		NOMBRE	
DIRECCION			NUMERO PISO
LOCALIDAD		PROVINCIA	CODIGO POSTAL
PAIS	TELEFONO MOVIL	CORREO ELECTRONICO	

EXPONE: Que tiene cursados los siguientes estudios

Estudios: -----

Centro: -----

Universidad: -----

Localidad del centro: -----

SOLICITA: El Reconocimiento por los estudios de-----
que se imparten en la Facultad de Medicina de las asignaturas que se detallan al dorso, por lo que acompaño los documentos que a continuación se relacionan:

- Certificado donde consten las asignaturas cursadas y aprobadas.
- Programa de cada una de las asignaturas en el que figure contenido y amplitud con las que fueron cursadas.
- Planes de Estudios
- Otros documentos:

Fecha: _____ **El/la interesado/a**

PROTECCIÓN DE DATOS: Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero 'Matrícula Estudios de Grado', cuya finalidad es la matriculación y seguimiento de los expedientes de enseñanzas de grado. Usos: procesos de matrícula, liquidación, elaboración de actas, listados, certificaciones, control económico, etc. Se prevén cesiones a otros órganos de la Administración del Estado y la Comunidad de Madrid. El órgano responsable del fichero es Vicerrectorado de Estudiantes. La dirección donde el interesado podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el mismo es en la Avda. de Séneca 2, 28040-Madrid, de todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

DECANO DE LA FACULTAD DE MEDICINA

COPIA PARA EL INTERESADO

