



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**

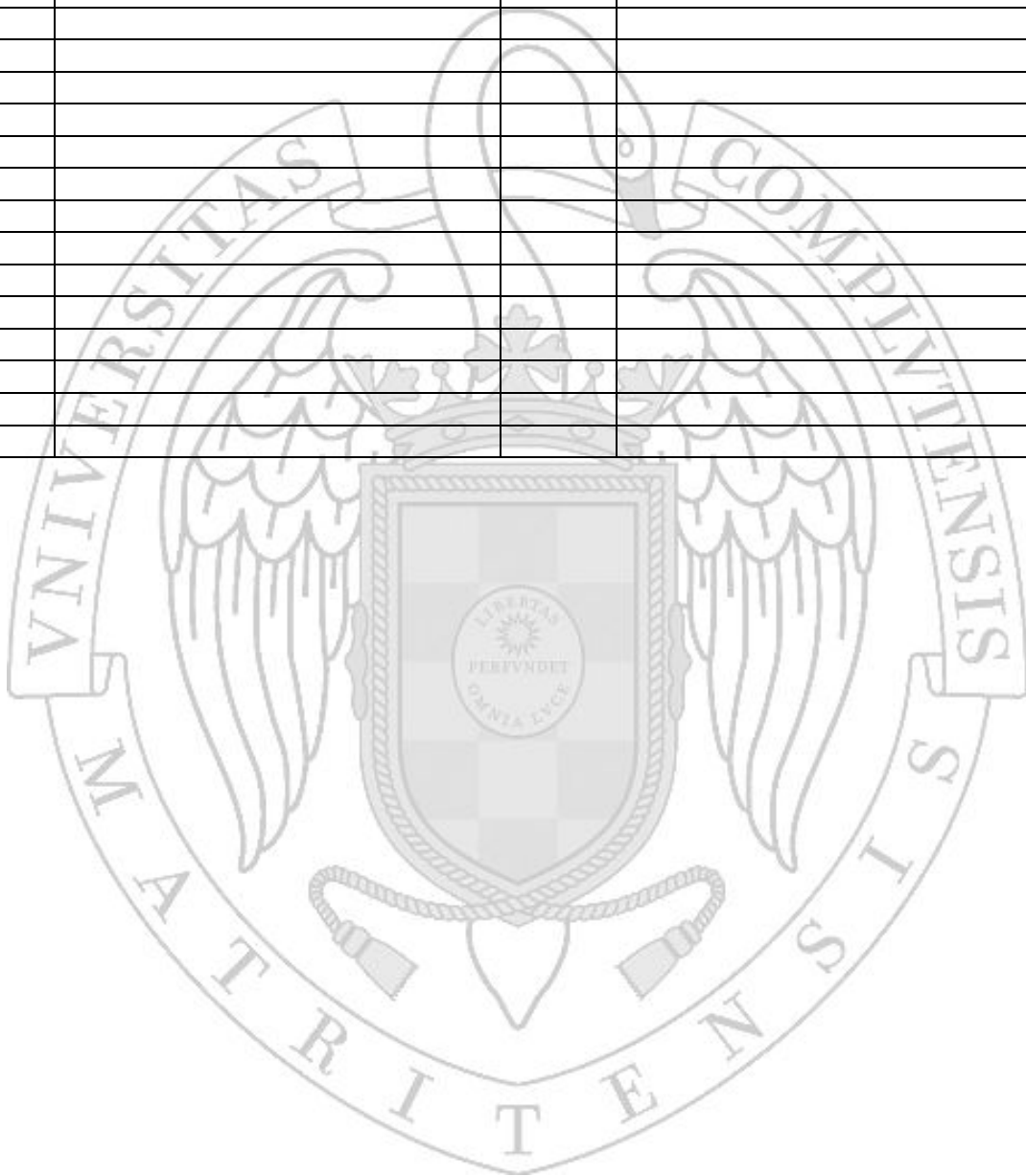
**PROTECCIÓN DE DATOS:** Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero 'Matrícula Estudios de Grado', cuya finalidad es la matriculación y seguimiento de los expedientes de enseñanzas de grado. Usos: procesos de matrícula, liquidación, elaboración de actas, listados, certificaciones, 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**

### RELACIÓN DE ASIGNATURAS CUYO RECONOCIMIENTO SOLICITA

Asignaturas UCM		Asignaturas cursadas en el centro de origen		
Código	Nombre	Código	Nombre	Calif.





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**

## RELACIÓN DE ASIGNATURAS CUYO RECONOCIMIENTO SOLICITA

Asignaturas UCM		Asignaturas cursadas en el centro de origen		
Código	Nombre	Código	Nombre	Calif.

