



ENTRADA:.....

FECHA:.....

SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE CRÉDITOS

CURSO ACADÉMICO PARA EL QUE REALIZO LA SOLICITUD

/

DATOS PERSONALES DEL ESTUDIANTE

Por favor, indique sus datos en mayúsculas, con todos los signos ortográficos, acentos, guiones, diéresis, etc.

NOMBRE:

1º APELLIDO:

2º APELLIDO:

Nº DNI/TIE/PASAPORTE

TELÉFONO MÓVIL (Obligatorio):

TELÉFONO FIJO:

CORREO ELECTRÓNICO (Obligatorio):

ESTUDIOS PARA LOS QUE SOLICITO EL RECONOCIMIENTO DE CRÉDITOS

GRADO EN ENFERMERÍA

¿Ha solicitado con anterioridad reconocimiento de créditos para estos estudios? ☐ SI ☐ NO. En el caso de que su respuesta sea afirmativa, por favor indique el/los curso/s académico/s en que lo/los solicitó _____

TIPO DE RECONOCIMIENTO QUE SOLICITO

- ☐ SOLICITO LA REVISIÓN COMPLETA DE LOS ESTUDIOS/ACTIVIDADES QUE ACREDITO A FIN DE QUE SEAN RECONOCIDOS TODOS LOS CRÉDITOS A QUE HAYA LUGAR SEGÚN NORMATIVA VIGENTE.
- ☐ SOLICITO EL IRECONOCIMIENTO DE LAS ASIGNATURAS O CRÉDITOS QUE A CONTINUACIÓN ESPECIFICO:

1	9
2	10
3	11
4	12
5	13
6	14
7	15
8	16

SOLICITO RECONOCIMIENTO DE CRÉDITOS DESDE

- ☐ UNA TITULACIÓN UNIVERSITARIA OFICIAL ESPAÑOLA (Debe especificar la titulación que ha cursado y aportar Certificación Académica Personal y programas de las asignaturas a solicitud de la Oficina Técnica de Reconocimientos).
- ☐ EXPERIENCIA PROFESIONAL QUE ACREDITO (Debe acreditarla mediante Historia de Vida Laboral o equivalente y certificado de empresa especificando las funciones llevadas a cabo).
- ☐ CURSOS O TÍTULOS PROPIOS UNIVERSITARIOS (Debes aportar Certificado o Diploma de los mismos y en caso de Títulos propios, además, programa de contenidos).
- ☐ ACTIVIDADES UNIVERSITARIAS, CULTURALES, DEPORTIVAS, DE REPRESENTACIÓN ESTUDIANTIL, SOLIDARIAS Y DE COOPERACIÓN PREVISTAS EN EL PLAN DE ESTUDIOS Y AUTORIZADAS POR EL CONSEJO DE GOBIERNO DE LA UCAV. (Debe aportar Certificado o Diploma de los mismos).

IMPORTANTE: La solicitud de reconocimiento de créditos puede afectar a las solicitudes de becas del curso académico actual y/o posterior. Si es usted becario o piensa solicitar beca contacte con el Negociado de Becas de la UCAV antes de solicitar el reconocimiento de créditos.

Fecha de la solicitud: / /

Firma del Estudiante

A LA OFICINA TÉCNICA DE RECONOCIMIENTO DE CRÉDITOS

Los datos personales recogidos en este impreso serán incorporados y tratados, con destino y uso exclusivamente administrativo, académico y para hacerle llegar información sobre las actividades de la Universidad Católica Santa Teresa de Jesús de Ávila y de la Escuela de Enfermería TPCS Hospital Mompía (titularidad de Hospital Mompía, S.A). Además, por medio del presente escrito usted autoriza y queda informado de que sus datos podrán ser cedidos a la Universidad Católica de Ávila (UCAV). Dispone de más información sobre la política de protección de datos personales de la Escuela de Enfermería TPCS Hospital Mompía en <http://www.escuelahospitalmompia.es/proteccion-de-datos/> <https://www.ucavila.es/PoliticaPrivacidad.pdf> Podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento y portabilidad de los datos en el correo electrónico protecciondedatos@hospitalmompia.com. Además, si tuviera dudas sobre la protección de sus datos personales, podrá contactar con el Delegado de Protección de Datos en dpo@hospitalmompia.com