

CURSO 2019-2020

FICHA DE CONVALIDACION CON INFORME DE DEPARTAMENTO

DATOS DEL ALUMNO/A

D.N.I.	Nombre	Apellidos
--------	--------	-----------

e-mail	Tlfno. móvil / fijo
--------	---------------------

MATRICULADO EN EL GRADO DE: ☐ Medicina ☐ Odontología ☐ Fisioterapia ☐ Enfermería

INFORMACION DE LOS ESTUDIOS CURSADOS PREVIAMENTE

Centro de Origen	Estudios
------------------	----------

SOLICITO:

El reconocimiento/convalidación de:

ASIGNATURA

Asignaturas cursadas y aprobadas en los estudios previos y presentadas para su reconocimiento (*):

ASIGNATURA:	CURSO ACADÉMICO:
ASIGNATURA:	CURSO ACADÉMICO:
ASIGNATURA:	CURSO ACADÉMICO:
ASIGNATURA:	CURSO ACADÉMICO:

(*)Las asignaturas aportadas, deberán ir acompañadas del programa y con el sello de la Universidad de origen en todas las hojas. Dicho programa, deberá especificar: tiempo dedicado a cada tema, bloque temático, Unidad Docente ó equivalente, así como la modalidad docente (si es teórica ó practica). No deberán entregar lo anteriormente indicado, si los estudios de origen son de esta misma Facultad).

Leioa a _

Firma del solicitante

(A cumplimentar por el Departamento)

DEPARTAMENTO

Vista la solicitud de reconocimiento/convalidación de asignaturas presentadas por el/la alumno/a arriba citado/a, el Departamento propone a la Comisión de Ordenación Académica de la Facultad.

- ☐ CONVALIDAR la asignatura
- ☐ NO CONVALIDAR la asignatura

Indicar en caso de convalidación negativa:

- ☐ No hay un tipo y grado de competencia similar
- ☐ No hay una similitud de al menos el 75% en las competencias y contenidos
- ☐ Otros (Motivar en el cuadro inferior o en caso necesario en un escrito adjunto)

--

Leioa a _

Firma y sello:

NOTA: En caso de informe favorable se incorporará a los cuadros de reconocimiento automático.