



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE
MADRID
FACULTAD DE FARMACIA

RECONOCIMIENTO DE ESTUDIOS DE GRADO SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO PARCIAL DE ESTUDIOS REALIZADOS EN UNIVERSIDADES ESPAÑOLAS

DNI/NIE/PASAPORTE	NACIONALIDAD	SEXO H 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:

SOLICITA: El Reconocimiento por los estudios de **GRADO EN FARMACIA** que se imparten en la Facultad de Farmacia 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/la interesado/a 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.

COPIA PARA EL/LA INTERESADO/A

**PRESIDENTE DE LA COMISIÓN DE ESTUDIOS (TRANSFERENCIA Y RECONOCIMIENTO DE
CRÉDITOS) DE LA FACULTAD DE FARMACIA DE LA UCM**



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE
MADRID
FACULTAD DE FARMACIA

RECONOCIMIENTO DE ESTUDIOS DE GRADO SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO PARCIAL DE ESTUDIOS REALIZADOS EN UNIVERSIDADES ESPAÑOLAS

DNI/NIE/PASAPORTE	NACIONALIDAD	SEXO H 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:

SOLICITA: El Reconocimiento por los estudios de **GRADO EN FARMACIA** que se imparten en la Facultad de Farmacia 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/la interesado/a 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.

COPIA PARA SECRETARÍA

**PRESIDENTE DE LA COMISIÓN DE ESTUDIOS (TRANSFERENCIA Y RECONOCIMIENTO DE
CRÉDITOS) DE LA FACULTAD DE FARMACIA DE LA UCM**

