Facultad de Medicina
Universidad Zaragoza

SOLICITUD DE
RECONOCIMIENTO Y/O TRANSFERENCIA DE CRÉDITOS
MÁSTER UNIVERSITARIO

DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos: ..... DNI..... NIP.....

Dirección: ..... C.P. .....

Localidad: ..... Provincia ..... Tfno. .....

DATOS ACADÉMICOS

Titulación en la que se encuentra matriculado

☐ Máster Universitario en Condicionantes Genéticos, Nutricionales y Ambientales del Crecimiento y Desarrollo

☐ Máster Universitario de Iniciación a la Investigación en Medicina

☐ Máster Universitario en Salud Pública

Origen de los créditos a reconocer

Tipo de estudios: ☐ de Grado (adaptados al EEES) Titulación .....

☐ de Primer y Segundo Ciclo (no adaptados al EEES)

☐ otros Universidad/Centro .....

☐ Certificado residencia MIR(*)

☐ Solicito que se proceda al reconocimiento de las siguientes asignaturas

(*) En el caso de estar matriculado/a de 60 ECTS y no haber solicitado beca completa del MECD, indicar la asignatura que se anularía de la matrícula. En el caso de que la matrícula sea de menos de 60 ECTS no se tiene derecho a anulación de asignatura.

☐ Solicito que se proceda exclusivamente a la transferencia de créditos

Sólo cuando los estudios de origen estén adaptados al EEES y que no hayan conducido a la obtención de título oficial

DOCUMENTOS APORTADOS: ☐ Certificación académica ☐ Programas asignaturas ☐ Otros certificados

Zaragoza, a ..... de ..... 20.....

Firmado .....

De acuerdo con la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de datos de carácter personal, le informamos que sus datos pasan a formar parte del fichero de estudiantes de la Universidad de Zaragoza, cuya finalidad es la gestión académica y administrativa de los estudiantes, así como su participación en los servicios universitarios, de acuerdo con lo dispuesto en la Resolución de la Universidad de Zaragoza de 16 de julio de 2001, de creación de ficheros. Le comunicamos que puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación y cancelación de sus datos remitiendo un escrito al Gerente de la Universidad de Zaragoza, adjuntando copia de documento que acredite su identidad.

SR. PRESIDENTE DE LA COMISIÓN DE GARANTÍA DE LA CALIDAD DEL M.U EN _____