



DATOS PERSONALES A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN

APELLIDOS _____	NOMBRE _____
DNI _____	DIRECCIÓN _____ C.P. _____
LOCALIDAD _____	PROVINCIA _____
TFNO. FIJO Y/O MÓVIL _____	CORREO ELECTRÓNICO _____

SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE CRÉDITOS

1.- _____
2.- _____
3.- _____
4.- _____
5.- _____
6.- _____
7.- _____
8.- _____
9.- _____
10.- _____

<p><b>GRADO EN MEDICINA</b></p> <p><input type="checkbox"/> Primer Curso. Asignatura 26757</p> <p><input type="checkbox"/> Quinto Curso</p>	<p><b>MÁSTER EN:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Iniciación a la Investigación en Medicina</p> <p><input type="checkbox"/> Salud Pública</p> <p><input type="checkbox"/> Condicionantes Genéticos, Nutricionales y ambientales del crecimiento...</p>
---	---

Zaragoza, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

(Firma)

Le informamos que, de acuerdo con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, los datos que facilite en este impreso, pasarán 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 dirigido al Sr. Gerente, adjuntando copia de documento que acredite su identidad.

**Normativa Básica de la Universidad de Zaragoza**

Como criterio general para el Reconocimiento de Créditos, será imprescindible presentar junto a esta solicitud el original y fotocopia del certificado personal o del diploma acreditativo firmado por el Responsable del curso o actividad, en el que se ponga de manifiesto el número de horas del curso, la asistencia del alumno y la superación de una prueba de evaluación.