



VNiVERSiDAD D SALAMANCA

Comisión de Transferencia y Reconocimiento de Créditos

Solicitud de Transferencia y Reconocimiento de Créditos

CURSO _____

SOLICITANTE:

NOMBRE Y APELLIDOS: _____

PLAZO DE PRESENTACIÓN: Dentro del plazo de matrícula

LUGAR DE PRESENTACIÓN: Sección de Estudios Oficiales de Máster y Doctorado
o Secretaría del Centro donde se formalice la matrícula

NOMBRE Y APELLIDOS DEL ESTUDIANTE: _____

DNI / PASAPORTE / NIE: _____

DOMICILIO: _____ LOCALIDAD: _____

PROVINCIA: _____ CODIGO POSTAL: _____

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: _____@_____

TELÉFONO DOMICILIO: _____ TELÉFONO MÓVIL: _____

DATOS ACADÉMICOS:

ESTUDIOS REALIZADOS:

TITULACIÓN: _____

CENTRO: _____ UNIVERSIDAD: _____

SOLICITA EL RECONOCIMIENTO / TRANSFERENCIA DE CRÉDITOS EN LA

TITULACIÓN: _____

CENTRO: _____

DE ACUERDO CON LA RELACIÓN DE ASIGNATURAS SIGUIENTES:

