



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID  
FACULTAD DE CIENCIAS FÍSICAS

SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE CRÉDITOS PARA ESTUDIOS DE MASTER

CURSO:

DATOS DEL SOLICITANTE			
DNI/Pasaporte:		Correo-e (estumail):	
Apellidos:		Nombre:	
Domicilio:		Teléfono:	
Localidad-Provincia		Código postal:	
ESTUDIOS CURSADOS			
Titulación:		Plan de estudios:	
Universidad:			

ESTUDIOS PARA LOS QUE SOLICITA RECONOCIMIENTO

DOCUMENTACIÓN APORTADA
Original y fotocopia del DNI
Fotocopia de las páginas del BOE donde se publicó el plan de estudios cursado
Certificación académica personal
Otros documentos

ASIGNATURAS SUPERADAS EN LOS ESTUDIOS CURSADOS		ASIGNATURAS CUYO RECONOCIMIENTO SOLICITA	
Código	Asignatura	Código*	Asignatura

Fecha de solicitud: \_\_\_\_\_

Firma del solicitante:

--

\* campo obligatorio

Con esta fecha retiro la documentación original que se acompaña a esta instancia

Fecha:

\_\_\_\_\_

Si desea justificante de esta solicitud deberá adjuntar fotocopia de la misma