UNIVERSIDAD AUTONÓMA DE MADRID

FACULTAD DE FORMACIÓN DE PROFESORADO Y EDUCACIÓN

Expediente de Reconocimiento de Asignaturas/Créditos de:

APELLIDOS Y NOMBRE: .....

D.N.I./PASAPORTE: .....

DOMICILIO: .....

LOCALIDAD: ....**C.P:** .....

PROVINCIA: ..... **TELEFONO:** .....

MATRICULADO EN GRADO DE: .....

CURSO MÁS ALTO MATRICULADO: .....

OBSERVACIONES:(a rellenar por Administración/Secretaría)

Tipo de Reconocimientos:

☐ **Acreditación Profesional**

☐ **Ciclo Formativo FP:**
.....

☐ **Estudios universitarios previos:**

Titulación de Origen: .....

Universidad de Origen: .....

☐ **TRASLADO DECANO/A**

ESTUDIOS DE ORIGEN

Si es la primera vez que estudia en este Centro rellene el siguiente cuadro:

(Indique Escuela/Facultad o Centro Universitario, Universidad de procedencia y estudios de origen)

CENTRO:

.....

UNIVERSIDAD:

.....

ESTUDIOS DE ORIGEN:

.....

¿Ha finalizado dichos estudios universitarios?

☐ SI ☐ NO

Si ha estado matriculado en años anteriores en este Centro rellene el siguiente cuadro:

ESTUDIOS REALIZADOS:

.....

¿Ha finalizado dichos estudios universitarios?

☐ SI ☐ NO

¿Solicitó convalidaciones/equiparaciones en años anteriores?

☐ SI ☐ NO

IMPORTANTE:

* **La falsedad o inexactitud en alguno de los datos ANULARÁ toda la solicitud.**