GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANITAT

UNIVERSITAT DE VALÈNCIA
ESCOLA D'INFERMERIA
"Ntra. Sra. Sgdo. Corazón" - CASTELLÓ

RECONEIXIMENT DE CRÈDITS / *RECONOCIMIENTO DE CRÉDITOS*

Sol.licitant:

Solicitante:

Data:
Fecha:

Full
Hoja:

Estudis realizats / *Estudios realizados*:

☐ Sol.licita transferència dels crèdits no reconeguts / *Solicita transferencia de los créditos no reconocidos*

	Assignatures / Matèries aportades *Asignaturas / Materias aportadas*				Assignatura / Materia sol.licitada *Asignatura / materia solcitada*			
	Codi *Código*	Tipus *Tipo (1)*	Crèdits *Créditos*	Nom *Nombre*	Códi *Código*	Tipus *Tipo (1)*	Crédits *Créditos*	Nom *Nombre*

* Marque les assignatures de les quals presenta la guia docent / *Marque las asignaturas de las que presenta guía docente*

(1) Tipus d'assignatura / *Tipo de asignatura:*
FB: Formació Bàsica / *Formación Básica*
OB: Obligatòria / *Obligatoria*
OP: Optativa / *Optativa*
TR: Troncal / *Troncal*

Signatura del dol.licitant / *Firma del solicitante*