SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE ESTUDIOS DE GRADO

APELLIDOS Y NOMBRE: …….....

Nº DNI/NIE/ Pasaporte: ..... Nº Teléfono móvil:.....

EXPONE: Que tiene cursados los estudios de …….…….

en la Universidad …….…….

SOLICITA: El Reconocimiento por las asignaturas de Grado en Odontología:

Nombre de la asignatura cursada	Nº Créditos	Asignatura de Grado en Odontología UCM cuyo reconocimiento solicita (debe estar matriculado en ella)	Procede Si / No

Madrid, ... de septiembre de 2020 Firmado,

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR JUNTO CON ESTA SOLICITUD:
- Certificación Académica Personal de los estudios de origen.
- Plan de estudios realizado y Programa de cada una de las asignaturas solicitadas.
- Pago de Estudio de la solicitud de reconocimiento y transferencia de créditos y de convalidación de estudios realizados

en centros españoles: 35 euros (BOCM de 04/08/2017) (código 321)
en centros extranjeros: 70 euros (BOCM de 04/08/2017) (código 322)

Ilmo. Sr. Decano de la Facultad de Odontología de UCM

PROTECCIÓN DE DATOS: Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero 'Matrícula Estudios de Grado', cuya finalidad es la matriculación y seguimiento de los expedientes de enseñanzas de grado. Se prevén cesiones a otros órganos de la Administración del Estado y la Comunidad de Madrid. El órgano responsable del fichero es Vicerrectorado de Estudiantes. La dirección donde el interesado podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el mismo es en la Avda. de Séneca 2, 28040-Madrid, de todo lo cual se informa en cumplimiento de los artículos 15-21 del Reglamento UE 2016/679 de 27 de abril de 2016).