



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE  
MADRID

## RECONOCIMIENTO DE ESTUDIOS DE GRADO

SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO PARCIAL DE ESTUDIOS  
REALIZADOS EN CICLOS FORMATIVOS DE GRADO SUPERIOR  
DE FORMACIÓN PROFESIONAL ESPECÍFICA

DNI/NIE/PASAPORTE	NACIONALIDAD	SEXO F M	FECHA NACIMIENTO	
APELLIDOS		NOMBRE		
DIRECCION			NUMERO	PISO
LOCALIDAD		PROVINCIA	CODIGO POSTAL	
PAIS	TELEFONO MOVIL	CORREO ELECTRONICO		

**EXPONE:** Que tiene cursados los siguientes estudios

- **Estudios:** -----
- **Centro:** -----
- **Localidad del centro:** -----

**SOLICITA:** El Reconocimiento por los estudios de-----  
que se imparten en la Facultad de Educación de las asignaturas que se detallan al dorso, por lo que  
acompaño los documentos que a continuación se relacionan:

- Certificado donde consten las asignaturas cursadas y aprobadas.
- Otros documentos:

--

**Fecha:**

**El/La interesado/a**

**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. Usos: procesos de matrícula, liquidación, elaboración de actas, listados, certificaciones, control económico, etc. 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 del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

**DECANA DE LA FACULTAD DE EDUCACIÓN**

**COPIA PARA LA UNIVERSIDAD**





UNIVERSIDAD COMPLUTENSE  
MADRID

## RECONOCIMIENTO DE ESTUDIOS DE GRADO

### SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO PARCIAL DE ESTUDIOS REALIZADOS EN CICLOS FORMATIVOS DE GRADO SUPERIOR DE FORMACIÓN PROFESIONAL ESPECÍFICA

DNI/NIE/PASAPORTE	NACIONALIDAD	SEXO F                      M	FECHA NACIMIENTO
APELLIDOS		NOMBRE	
DIRECCION			NUMERO                      PISO
LOCALIDAD		PROVINCIA	CODIGO POSTAL
PAIS	TELEFONO MOVIL	CORREO ELECTRONICO	

**EXPONE:** Que tiene cursados los siguientes estudios

**Estudios:** -----  
**Centro:** -----  
**Universidad:** -----  
**Localidad del centro:** -----

**SOLICITA:** El Reconocimiento por los estudios de -----  
que se imparten en la Facultad de Educación de las asignaturas que se detallan al dorso, por lo que  
acompañó los documentos que a continuación se relacionan:

- Certificado donde consten las asignaturas cursadas y aprobadas.
- Otros documentos:

**Fecha:** \_\_\_\_\_ **El/la interesado/a**

**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. Usos: procesos de matrícula, liquidación, elaboración de actas, listados, certificaciones, control económico, etc. 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 del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

**DECANA DE LA FACULTAD DE EDUCACIÓN DE LA UCM**

**COPIA PARA EL INTERESADO**

