

SOL·LICITUD DE CONVALIDACIÓ D'ESTUDIS DE MÀSTER OFICIAL

i Ciències de la Salut

NOM _____ COGNOMS _____ DNI o PASSAPORT _____
 DOMICILI _____ CODI POSTAL _____ POBLACIÓ _____ TELÈFON _____ MAIL _____

EXPOSO: Que havent cursat estudis de _____ a la Universitat de _____
 acreditat amb la documentació annexa,

DEMANO: La convalidació dels estudis superats per les assignatures equivalents del MASTER OFICIAL: _____
 curs acadèmic _____

ESTUDIS DE PROCEDÈNCIA			ASSIGNATURES PER CONVALIDAR				INFORME DEL COORDINADOR DEL MÀSTER	
TIPUS	NOM	CRÈDITS	CODI	NOM	CRÈDITS	SI / NO	MOTIU DE LA DENEGACIÓ	

Signatura alumne

Barcelona,

Haurà de realitzar _____ crèdits
Coordinador/a
Signatura
Nom