



SOLICITUD DE CONVALIDACIÓN PARCIAL DE ESTUDIOS EXTRANJEROS

D./D^a _____

D.N.I./PASAPORTE/NIE _____, con domicilio en _____

_____ Población _____ Provincia _____

Código Postal _____ Tfnos.: _____ / _____

e-mail _____

EXPONE:

Que habiendo cursado estudios de _____

en la Universidad de _____

Totales

Parciales

SOLICITA la convalidación de las siguientes asignaturas:

ASIGNATURAS CURSADAS		ASIGNATURAS A CONVALIDAR
Nº 1		
Nº 2		
Nº 3		
Nº 4		
Nº 5		
Nº 6		
Nº 7		
Nº 8		
Nº 9		
Nº10		
Nº11		
Nº12		
Nº13		
Nº 14		
Nº 15		
Nº 16		
Nº 17		

Nº 18		
Nº 19		
Nº 20		
Nº 21		
Nº 22		
Nº 23		
Nº 24		
Nº 25		
Nº 26		
Nº 27		
Nº 28		
Nº 29		
Nº 30		

*** Los programas de las asignaturas cursadas en el centro de origen habrán de estar numerados**

Documentos que se acompañan a la presente solicitud:

(Señale con una X)

DNI/PASAPORTE/NIE *

DECLARACIÓN JURADA *

CERTIFICADO ACADÉMICO PERSONAL *

PLAN DE ESTUDIOS *

PROGRAMA DE LAS ASIGNATURAS *

***(Obligatorio presentar fotocopia compulsada u original y fotocopia para su compulsada)**

Sevilla, a

Firma

En aplicación del principio de transparencia y lealtad regulado en el Reglamento General de Protección de datos RGPD UE 2016/679 y LOPDPyGDD (LO 3/2018) se le informa que la Universidad de Sevilla es responsable del presente tratamiento de datos personales, "Gestión de estudiantes oficiales de la US" que tiene como finalidad la organización de la docencia y el estudio. El tratamiento se realiza para el cumplimiento de una obligación legal, y para el ejercicio de poderes públicos conferidos al responsable del tratamiento.

De acuerdo con la normativa aplicable, tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir sus datos personales, así como a otros derechos que puede consultar, junto a una información adicional más detallada, en el enlace

<https://osi.us.es/sites/osi/files/doc/pd/c.i.gestionestudiantesoficialesmodif1.12.5.20ct.pdf>

SR. DECANO DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE SEVILLA