



<b>Nombre y Apellidos:</b>		DNI:	
Domicilio en:		C. Postal:	Localidad:
Provincia:	Teléfono:	E-mail:	
<b>MATRICULADO/A EN LA TITULACIÓN:</b>			
<b>DEDUCCIONES DE PRECIOS:</b> <input type="checkbox"/> Familia Numerosa de categoría general <input type="checkbox"/> Familia Numerosa de Categoría Especial <input type="checkbox"/> Grado de discapacidad igual o superior al 33%			
<input type="checkbox"/> Víctima del terrorismo <input type="checkbox"/> Violencia de género			
<input type="checkbox"/> Autorizo a la Secretaria de la Facultad de Enfermería al acceso telemático a la base de datos de la Junta de Andalucía de Familia Numerosa o Discapacidad			

**EXPONE:** Que  teniendo cursados estudios de \_\_\_\_\_ en la Facultad de \_\_\_\_\_ Universidad de \_\_\_\_\_  
 Que  teniendo experiencia laboral en \_\_\_\_\_

**SOLICITA:**  Reconocimiento de créditos por:  Transferencia de créditos por:

ASIGNATURAS ESTUDIOS DE ORIGEN:	ASIGNATURAS A RECONOCER EN ESTE CENTRO:	A CUMPLIMENTAR POR EL CENTRO

EXPERIENCIA LABORAL O PROFESIONAL:	ASIGNATURAS A RECONOCER EN ESTE CENTRO:	A CUMPLIMENTAR POR EL CENTRO

**Documentos a aportar:** Consultar en <http://www.uhu.es/enfe> en el apartado de Secretaría-Reconocimiento y Transferencia de Créditos-Instrucciones

**Aviso:** Una vez transcurrido el plazo de 10 días hábiles sin haber presentado la documentación acreditativa, se entenderá desistido de su petición y se procederá al archivo de esta solicitud.

Huelva, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

PRESIDENTE/A DE LA COMISIÓN

Firma del interesado/a,

SR./A DECANO/A DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA

