**Máster en Docencia Universitaria**

**Solicitud de convalidaciones**

**(solo últimos 5 años)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre: |  | Apellidos: |  | DNI: | **DNI** |

**EXPONE:**

Que, estando matriculado/a actualmente en el Máster de Docencia Universitaria, y habiendo cursado con anterioridad las acciones formativas que se detallan a continuación:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CURSO A CONVALIDAR** | **AÑO DEL PLAN DE FORMACIÓN** | **EJE DEL PLAN DE FORMACIÓN UHU\*** | **NÚMERO DE HORAS** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

\*Si se ha cursado en otra universidad, indicar en qué línea del Plan de Formación solicita convalidación.

**SOLICITA:**

Que se le reconozca la convalidación de dicha formación, de acuerdo con lo establecido en la memoria de este Título Propio de la UHU

En \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_

(firmado)

**DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR:**

-CERTIFICADOS DE LOS CURSOS POR LOS QUE SE SOLICITA CONVALIDACIÓN, EN LOS QUE CONSTE CONTENIDOS Y NÚMERO DE HORAS

**DIRIGIDO A LA UNIDAD DE FORMACIÓN E INNOVACIÓN PAS/PDI**