



# SOLICITUD DE ADAPTACION/CONVALIDACION

Centro \_\_\_\_\_  
 Fecha \_\_\_\_\_  
 N° \_\_\_\_\_  
**REGISTRO DE ENTRADA**

APELLIDOS, NOMBRE \_\_\_\_\_ D.N.I. \_\_\_\_\_ TELÉFONO \_\_\_\_\_  
 DOMICILIO \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ PISO \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ POBLACIÓN \_\_\_\_\_  
 MATRICULADO/A EN EL CURSO \_\_\_\_\_ DE LA LICENCIATURA/DIPLOMATURA \_\_\_\_\_

**EXPONE:** Que teniendo cursados estudios de \_\_\_\_\_  
 En la Universidad de \_\_\_\_\_

**SOLICITA:** Le/s sea/n convalidada/s – adaptada/s (táchese lo que no proceda), la/s siguiente/s asignatura/s:

| COD. ASIG. | ASIGNATURAS A CONVALIDAR-ADAPTAR<br>(táchese lo que no proceda) | ASIGNATURAS REALIZADAS | (a cumplimentar por el Centro) |        |        |        |
|------------|---|------------------------|--------------------------------|--------|--------|--------|
|            |   |                        | DEPARTAMENTO.                  | REMIT. | RECIB. | INFOR. |
|            |   |                        |                                |        |        |        |
|            |   |                        |                                |        |        |        |
|            |   |                        |                                |        |        |        |
|            |   |                        |                                |        |        |        |
|            |   |                        |                                |        |        |        |
|            |   |                        |                                |        |        |        |
|            |   |                        |                                |        |        |        |
|            |   |                        |                                |        |        |        |
|            |   |                        |                                |        |        |        |

Documentos a aportar:

Huelva, de de

- Certificación Académica de las Calificaciones obtenidas, curso en el que fueron superadas y Planes de Estudios a que corresponden
- Copia de los programas de la/s asignatura/s, sellados en todas sus páginas por el/los Departamento/s en el que fueron cursada/s

Firma del interesado/a

- **EL PLAZO MÁXIMO DE RESOLUCION SERÁ DE SEIS MESES**
- **LOS EFECTOS DEL SILECION ADMINISTRATIVO, EN CASO DE QUE SE PRODUZCAN, SERÁ ESTIMATORIO AL INTERESADO/A**

ILMO/A SR./A DECANO/DIRECTOR/A DEL CENTRO \_\_\_\_\_