**SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE CRÉDITOS POR EL SISTEMA DE TRANSFERENCIA DE CRÉDITOS EUROPEOS (ECTS)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| CENTRO: |  | TITULACIÓN: |  | PROGRAMA DE MOVILIDAD: | Erasmus+ Estudios |
| Datos del Estudiante: | | | | | |
| Apellidos: |  | Nombre: |  | NIF o NIE: |  |
| Correo electrónico: |  | | | Periodo de la Movilidad (Nº de Meses): |  |
| Institución de destino: |  | | | País de destino: |  |

El estudiante abajo firmante solicita el reconocimiento, la convalidación y/o la adaptación de los estudios, realizados en el Marco del Programa de Movilidad indicado, que a continuación se relacionan (se adjunta una copia del Erasmus+ HE Learning Agreement for Studies y el Certificado de Calificaciones emitidos por la Universidad de destino).

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Asignatura equivalente en Universidad de destino** | | | | **Asignatura UCA** | | | | |
| **Código** | **Asignatura** | **ECTS (1)** | **Nota** | **Código** | **Asignatura** | **Tipo** | **ECTS** | **Nota** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Total ECTS** | |  | | **Total ECTS** | | |  | |

La Comisión de Garantía de Calidad del Centro ha acordado (2) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ por (3) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a la petición formulada.

**Firmas:**

**Estudiante: Vº. Bº. Coordinador Académico: Vº. Bº. Responsable de Movilidad del Centro:**

Fdo.: Fdo.: Fdo.:

Fecha: Fecha: Fecha:

**Fecha de entrega en la Secretaría de Campus:**

**Presidente de la Comisión de Garantía de Calidad del Centro:**

Fdo.:

Fecha:

(1): o Créditos equivalentes

(2): Acceder / Denegar

(3): Motivo.