



Facultad de
Enfermería



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

FORMULARIO
SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE CRÉDITOS
PLAN DE ESTUDIOS 2016

FECHA: _____

NOMBRES:	APELLIDOS:
AÑO DE INGRESO:	C.I.:
DOMICILIO:	TEL/CEL:
EMAIL:	

Solicito que sean reconocidos los créditos de las asignaturas cursadas y aprobadas y/o actividades que se detallan a continuación:

ACTIVIDAD/CURSO A ACREDITAR	NOTA	PROGRAMA (*)	CONSTANCIA APROBACIÓN (*)	C.I. (*)

(*) Se coloca una "X" o un tilde, lo que indica que se recibió el documento adjunto al formulario.

Firma estudiante _____

RECIBIDO

Fecha:

Firma funcionario/a:

Sello