

**SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO/TRANSFERENCIA DE ESTUDIOS**

D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ con D.N.I. \_\_\_\_\_  
 con Domicilio en \_\_\_\_\_  
 LOCALIDAD \_\_\_\_\_ PROVINCIA \_\_\_\_\_  
 C.P. \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_  
 E-mail \_\_\_\_\_

**EXPONE:**

Que tiene cursadas y aprobadas las siguientes asignaturas que a continuación se relacionan en el Grado/  
 Licenciatura/Diplomatura/Máster Oficial en: \_\_\_\_\_,  
 en la Universidad de \_\_\_\_\_ y

**SOLICITA:**

El Reconocimiento/Transferencia de los estudios cursados en el Grado/Licenciatura/Diplomatura en:  
 \_\_\_\_\_, al  
 Grado en \_\_\_\_\_ vigente en  
 Centro Universitario San Isidoro adscrito a la Universidad Pablo Olavide de Sevilla, que a continuación se  
 relacionan:

Código Asignatura	Nombre de la Asignatura aprobada en la Universidad de origen

Sevilla, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

FIRMA

Sr. Director del Centro Universitario San Isidoro adscrito a la Universidad Pablo de Olavide, de Sevilla.