



<b>DADES PERSONALS</b>	En/na _____	CENTRE Registre d'entrada
	amb DNI/Passap. núm. _____ i domiciliat /da al carrer _____ núm. _____ pis _____	
	CP _____ Població _____	
	Telèfon _____	
	Correu electrònic _____ @ _____	

<b>ALUMNES</b>	Curs més alt matriculat _____ Universitat de procedència _____
	Grau de procedència _____
	Motius pels quals sol·licita el trasllat: _____ _____ _____ _____ _____
	Documentació que presenta:
	1. Resolució del reconeixement de crèdits de la Facultat de Medicina i Ciències de la Salut.
	2. Acreditació de la nota de selectivitat (estudis espanyols).
	3. Declaració d'equivalència de la nota mitjana (estudis estrangers).
4. _____	
5. _____	

- La concessió del trasllat implica l'acceptació de totes les normes acadèmic-administratives de la Facultat per part de la persona sol·licitant.	_____ Lloc i data
	_____ Signatura alumne/a