



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

ALUMNES	Curs més alt matriculat _____ Universitat de procedència _____
	Grau de procedència _____
	Motius pels quals sol·licita el trasllat:

Documentació que presenta:	
1. OBLIGATORI. Còpia de l'expedient acadèmic actualitzat en què constin, a més de les assignatures aprovades, totes les qualificacions, convocatòria a convocatòria, corresponents a totes les matrícules efectuades en assignatures no aprovades .	
2. OBLIGATORI. Còpia de la resolució del reconeixement de crèdits de la Facultat de Medicina	
3. OBLIGATORI. Acreditació oficial de la nota de la selectivitat _____	
4. _____	
5. _____	

<ul style="list-style-type: none">- La resolució es comunica per escrit al domicili de la persona sol·licitant.- Per qualsevol informació respecte al tràmit, caldrà presentar fotocòpia del full de sol·licitud a la finestra de la Secretaria d'estudiants i docència (Casanova, 143).- La concessió del trasllat implica l'acceptació de totes les normes acadèmico-administratives de la Facultat per part de la persona sol·licitant.	_____
	Lloc i data
	Signatura alumne/a

RESOLUCIÓ	<input type="checkbox"/> CONCEDIT
	<input type="checkbox"/> DENEGAT

Signatura del Degà	