

**SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE CRÉDITOS OPTATIVOS ECTS PARA ESTANCIAS  
PRÁCTICAS**

---

Hospitales dependientes de la UCM y Centros de Atención Primaria

Apellidos y nombre: \_\_\_\_\_

Curso y Hospital: \_\_\_\_\_

Grado que cursa: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

Domicilio completo (calle, nº y piso): \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

Email de contacto: \_\_\_\_\_

Teléfono móvil: \_\_\_\_\_

Centro en el que realizará la estancia: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Período: \_\_\_\_\_

Indique el número de créditos ECTS que va a solicitar por la realización de esta estancia: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firmado: \_\_\_\_\_