



SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE
CRÉDITOS OPTATIVOS ECTS PARA
ESTANCIAS PRÁCTICAS

CURSO ACADEMICO 2018-2019



Cínicas y Hospitales dependientes de la UCM , Centros de Atención Primaria

Apellidos y nombre:

GRADO

Curso y grupo:

DNI: _____

Domicilio completo (calle, nº y piso):

Ciudad: _____ **Provincia:** _____ **C.P.:**

Email de contacto institucional:

Teléfono móvil: _____

Centro en el que realizará la estancia por orden de preferencia:

Período:

Fecha: _____ **Firmado:**