

TITULAZIOA / TITULACIÓN

E-MAIL UPV / EHU
@ikasle.ehu.es

LEHEN DEITURA / PRIMER APELLIDO

BIGARREN DEITURA / SEGUNDO APELLIDO

IZENA / NOMBRE

N A N / D. N. I.

TELEFONOA / TELÉFONO

HELBIDEA / DOMICILIO

HERRIA / LOCALIDAD

K. P. / C. P.

ESKATZEN DU:

Erantsitako orrian zehazten diren irakasgaiak onartzea / transferitzea.

SOLICITA:

Reconocer / transferir las asignaturas que se detallan en hoja adjunta.

Aurreko ikasturteetan irakasgaiak onartzea eskatu dut Farmazia Fakultatean.	He solicitado el reconocimiento de asignaturas en la Facultad de Farmacia en ocasiones anteriores.
BAI / SI EZ / NO	

Inprimaki honetan emandako datu guztiak egiazkoak direla adierazten dut.

Declaro que son ciertos los datos suministrados en este formulario.

Vitoria-Gasteiz, 20___(e)ko _____ aren ___(e)an / Vitoria-Gasteiz, a ___ de _____ de 20___

Sinadura, / Firma,

UPV / EHU - FARMAZIA FAKULTATEKO DEKANO JAUNA / ANDREA
 SR. /A. DEKANO/A DE LA FACULTAD DE FARMACIA - UPV / EHU