

## SOLICITUD DE CONVALIDACIONES

D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_  
con D.N.I. nº \_\_\_\_\_, y domicilio en \_\_\_\_\_  
C.P. \_\_\_\_\_ c/. \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_

**SOLICITA:** Le sean convalidadas las asignaturas que, más abajo se relacionan,  
cursadas y aprobadas en los estudios de \_\_\_\_\_  
de la Universidad \_\_\_\_\_  
por las correspondientes de la E.U.E. “Fundación Jiménez Díaz”

### ASIGNATURAS CURSADAS

---

---

---

---

---

---

### ASIGNATURAS de E.U.E. “Fundación Jiménez Díaz” que solicita convalidar

---

---

---

---

---

---

Madrid, a \_\_\_\_\_

FIRMA DEL INTERESADO/A

SRA. DIRECTORA DE LA ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERIA “FUNDACIÓN  
JIMÉNEZ DÍAZ”.-UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MADRID

Copia para el Interesado

Fecha de entrega y sello del Centro