



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA
SALUDPROGRAMA DE POSGRADO EN FISIOTERAPIA

Área de Concentración: Fisioterapia y Desempeño Funcional

Via Washington Luís, Km 235 – C.P. :13.565-905 - São Carlos - SP

TEL: (16) 3351-8448. Correo electrónico : **ppgft@ufscar.br**

São Carlos, ____ de ____ de 20__.

SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE CRÉDITOS ACADÉMICOS EXTERNOS

Yo, _____, solicito a la Comisión del Programa de Posgrado en Fisioterapia (PPGFT) que los créditos cursados en la/el _____ (Maestría/Doctorado) del Programa de Posgrado en _____ de la _____ (insertar el nombre de la Institución), sean reconocidos para la/el _____ (Maestría/Doctorado) del PPGFT, en el cual soy estudiante regular.

Se adjuntan copias de los programas de las asignaturas, a continuación.

También se incluye el nombre(s) de la(s) asignatura(s) que solicito que sea(n) reconocida(s), con el año de conclusión, porcentaje de asistencia, número de créditos y la calificación obtenida, respectivamente.

Nombre de la asignatura	Año de Conclusión	Porcentaje de Asistencia	Créditos	Calificación

Firma del(de la) estudiante

(sólo firmas electrónicas validadas por el servicio ITI del Gobierno Federal)

Prof. Dr.(a). Nombre del (de la) tutor(a)

(sólo firmas electrónicas validadas por el servicio ITI del Gobierno Federal)