



**UNIVERSIDAD FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD**

**PROGRAMA 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 -84 48 .Correo electrónico: [ppgft@ufscar.br](mailto:ppgft@ufscar.br)

São Carlos, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 20\_\_.

**SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE CRÉDITOS ACADÉMICOS INTERNOS**  
**(de la Maestría para el Doctorado en PPGFt)**

Yo, \_\_\_\_\_, solicito a la Comisión del Programa de Posgrado en Fisioterapia (PPGFt) que los créditos obtenidos en el Programa de Maestría me sean reconocidos para el Doctorado.

También solicito el reconocimiento del examen de suficiencia en idioma inglés rendido el \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ durante la Maestría en el PPGFt.

Se adjunta copia del expediente académico de la Maestría.

A continuación, se incluye el nombre(s) de la(s) asignatura(s) para las que solicito reconocimiento, 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)*

Declaro a la Comisión del PPGFt que estoy al tanto de la solicitud del(de la) estudiante bajo mi tutorización.

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

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