



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 -8448. Correo electrónico: ppgft@ufscar.br

São Carlos, ____ de _____ de 20__.

SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE CRÉDITOS INTERNOS
(de otro PPG de la UFSCar)

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 Universidad Federal de São Carlos (UFSCar), me sean reconocidos para la/el _____ (Maestría/Doctorado) del PPGFt, en el que soy estudiante regular.

Se adjuntan copias de los programas de la(s) asignatura(a) cursada(s).

A continuación, consta el nombre(s) de la(s) asignatura(s) para la(s) 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 al Comité PPGFt que estoy al tanto de la solicitud del(de la) estudiante bajo mi tutorización.

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

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