

**SOLICITUD DE REALIZACIÓN DE REQUISITOS  
FORMATIVOS COMPLEMENTARIOS**

<b>DATOS PERSONALES</b>	
Apellidos: _____	
Nombre: _____	
DNI/Pasaporte: _____ Nacionalidad: _____	
Dirección: _____ Nº _____ c.p. _____	
Localidad _____ País _____	
Teléfono _____ email: _____	
<b>DATOS ACADÉMICOS</b>	
Título extranjero de educación superior aportado: _____	
Expedido por la Universidad de: _____	
País: _____	
<b>SOLICITA LA HOMOLOGACIÓN DEL GRADO EN FARMACIA</b>	
De acuerdo con la resolución emitida por el Ministerio de Educación y Ciencia (MEC), indique las materias en las que se aprecian carencias de formación:	
1.- _____	5.- _____
2.- _____	6.- _____
3.- _____	7.- _____
4.- _____	8.- _____
<b>DOCUMENTACIÓN ADJUNTADA</b>	
<input type="checkbox"/> Expediente académico	
<input type="checkbox"/> Fotocopia del DNI, NIE o Pasaporte	
<input type="checkbox"/> Fotocopia compulsada de la Resolución del MEC, de fecha _____	
<b>SOLICITA</b>	
Poder realizar en la FACULTAD DE FARMACIA DE ALBACETE los requisitos formativos complementarios indicados con anterioridad.	
Al firmar este documento afirmo que soy consciente y conocedor de que el Grado de Farmacia de la UCLM es un grado presencial y las prácticas de laboratorio de todas las asignaturas son obligatorias y presenciales. No se contempla en ningún caso la docencia online de ninguna asignatura. las actividades docentes del Grado en Farmacia son presenciales	
<small>De acuerdo con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que sus datos pasan a formar parte del fichero de la Universidad, cuya finalidad es tramitar la autorización para realizar en la UCLM los requisitos formativos complementarios necesarios para la homologación de un título extranjero de educación superior, y podrían ser cedidos de acuerdo con las leyes vigentes.</small>	
<small>Asimismo, le comunicamos que puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de sus datos remitiendo un escrito al Director Académico de Seguridad de Sistemas Informáticos de la UCLM, calle Altagracia, nº 50, 13071 Ciudad Real, adjuntando copia de documento que acredite su identidad.</small>	

\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 202\_\_  
(firma del peticionario)