



SOLICITUD DE CAMBIO DE FECHAS DE EXÁMENES COINCIDENTES CURSO 201 /201

CONVOCATORIA:

ENERO

MAYO

JULIO

DATOS DEL/ DE LA ESTUDIANTE:

Apellidos y nombre:	N.I.F.:
e-mail (UO):	Teléfono:
Domicilio:	
Ciudad:	C.P.:
Matriculado/a en el Grado de:	
Matriculado/a en la Licenciatura de:	

EXPONE:

Que, por resultar coincidentes las pruebas de evaluación final de las siguientes asignaturas:

Asignatura	Día	Hora	Profesor/a

SOLICITA:

El cambio de examen que se indica a continuación, con el visto bueno del profesor o de la profesora responsable, en el que se tiene en cuenta lo dispuesto en el reverso en cuanto a las preferencias de las asignaturas:

Asignatura	Día	Hora	Profesor/a
			Vº Bº
			Fdo.:
			Vº Bº
			Fdo.:

Oviedo, a de de 201.....

Firma Estudiante,

Fdo.: