

## SOLICITUD

D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_  
con nº de N.I.F. \_\_\_\_\_ estudiante de \_\_\_ curso del Grado en \_\_\_\_\_,  
curso académico 2023-24 y con domicilio en \_\_\_\_\_  
C.P. \_\_\_\_\_ Municipio \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_ Móvil \_\_\_\_\_  
Correo electrónico institucional \_\_\_\_\_

**EXPONE:** (Razones que le impiden seguir el sistema de evaluación continua)

\_\_\_\_\_

**SOLICITA:** Acogerse a la evaluación final de las siguientes asignaturas

	<b>CÓDIGO</b>	<b>NOMBRE DE LA ASIGNATURA</b>
<b>1</b>		
<b>2</b>		
<b>3</b>		
<b>4</b>		
<b>5</b>		
<b>6</b>		
<b>7</b>		
<b>8</b>		
<b>9</b>		
<b>10</b>		

**DOCUMENTOS:** Que acrediten la imposibilidad de seguir el sistema de evaluación continua

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Alcalá de Henares, \_\_\_\_\_

Firma del interesado

SR. DECANO FACULTAD DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD

**NOTA:** Para poder valorar las peticiones es necesario adjuntar la documentación que justifique la imposibilidad de seguir el sistema de evaluación continua.