

SOLICITUD

D./D ^a _____
estudiante de _____ curso de Grado de _____, con nº de
N.I.F. _____ y con domicilio en _____
C.P. _____ Municipio _____ Provincia _____
Teléfono _____ Móvil _____
Correo electrónico _____

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

--

SOLICITA: Acogerse a la evaluación final de las siguientes asignaturas

	CÓDIGO	NOMBRE DE LA ASIGNATURA
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

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

Alcalá de Henares, _____

Firma del interesado

SRA. DECANA 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.