



UNIVERSIDAD DE JAÉN

## **SOLICITUD DE LA PRUEBA DE INCIDENCIAS**

Nombre del/la Alumno/a: \_\_\_\_\_

Apellidos: \_\_\_\_\_

Facultad/Escuela: \_\_\_\_\_

Titulación: \_\_\_\_\_

Curso: \_\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ email: \_\_\_\_\_

### **SOLICITA CAMBIO DE FECHA DE EXAMEN (PRUEBA DE INCIDENCIAS)**

Asignaturas que coinciden en fechas:

Nombre de la asignatura	Tipo de asignatura: básica, obligatoria u optativa	Curso en el que se imparte	Fecha de examen

**Asignatura para la que solicita el cambio de fecha:**

---

Fdo.: (el/la alumno/a)

A la atención del Profesor/a: D./D<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_

Departamento: \_\_\_\_\_

Fecha de solicitud: \_\_\_\_\_