



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^a. _____

Departamento: _____

Fecha de solicitud: _____