



## 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:<br>básica, obligatoria u<br>optativa | Curso en<br>el que se<br>imparte | Fecha<br>de<br>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: \_\_\_\_\_