



FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y
EMPRESARIALES

SOLICITUD DE CAMBIO DE FECHA DE EXAMEN

El/La Alumno/a D/D^a:

D.N.I.: Teléfono 1: Teléfono 2:

E-Mail:

EXPONE:

Que está Matriculado/a en la Titulación de:

Durante el Curso Académico: , y está Convocado a Examen en la Convocatoria de: de :

ASIGNATURA

CURSO

FECHA

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

SOLICITA:

El cambio de fecha del examen de la signatura del curso superior, por coincidencia de examen con:

Asignatura: del curso:

y Titulación:

Esta solicitud, se realiza en aplicación del art. 17 de la Normativa Reguladora de la Evaluación y Calificación de la Asignaturas, la cual habrá de ser dirigida al Coordinador de la signatura con una antelación mínima de dos meses respecto de la fecha prevista para la realización del examen, y se realizará por la coincidencia de convocatorias de **EXÁMENES FINALES**.

En Sevilla, a de de

Fdo.: