|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| SOLICITUD DE CAMBIO DE FECHA DE EXAMEN | EXP.: |

|  |
| --- |
| **DATOS PERSONALES** |
| Apellidos: |  | Nombre: |  |
| D.N.I.: |  |  |  |
| Teléfono: |  | Email: |  |

|  |
| --- |
| **EXPONE:** |
| Que está Matriculado/a en la titulación de: Indique su TitulaciónDurante el Curso Académico: , y está Convocado a Examen en la Convocatoria de

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ASIGNATURA | CURSO | FECHA |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

 |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| **SOLICITA:** |
| El cambio de fecha del examen de la asignatura del curso superior, por coincidencia de examen con:Asignatura: Curso: CursoTitulación: Indique su Titulación |
| Esta solicitud, se realiza en aplicación del art. 17 de la Normativa Reguladora de la Evaluación y Calificación de la Asignatura, la cual habrá de ser dirigida al Coordinador de la asignatura con una **antelación mínima de dos meses** respecto a la fecha prevista para la realización del examen, y se realizará por la coincidencia de la convocatoria de **EXÁMENES FINALES.** |

Sevilla a, Fdo.: Nombre y Apellidos

**ILMO. SR. DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y EMPRESARIALES**