|  |
| --- |
| **SOLICITUD DE EVALUACIÓN EXCEPCIONAL** |

|  |
| --- |
| **SOLICITUD DEL ESTUDIANTE** |
| Apellidos: …………………………………………………………………………………..………....Nombre: …………………………………………….. D.N.I.: ………………….……………..…..…Domicilio: ………………………………………………….…………………..… C.P………….…..Localidad: ……………………………………. Provincia: ……...……..….… País: ………….….…Teléfonos: …………………………………………….. e-mail: …………………………………..…**Estudios de grado o máster para los que solicita la evaluación excepcional**:………………………………………………………………………………………………………... |
| **ALEGACIONES** (razones excepcionales que justifican la imposibilidad de seguir la evaluación continua)*Adjuntar la documentación que se considere conveniente*…………………………………………………………………………………………………….......…………………………………………………………………………………………………….......…………………………………………………………………………………………………….......

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Código** | **ASIGNATURA** | **Curso** | **Sem.** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Burgos, ……….. de ……………………. de ……………*(El solicitante)*Fdo.: ………………………………… |

|  |
| --- |
| **RESOLUCIÓN DE LA DECANA DEL CENTRO** |
|  **Conceder** **No Conceder****Motivación:**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...Burgos, ……….. de ……………………. de ……………*(La Decana)*Fdo.: ………………………………… |

**SRA DECANA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**