|  |
| --- |
| **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**