



**SOLICITUD DE EVALUACIÓN EXCEPCIONAL**

**SOLICITUD DEL ESTUDIANTE**

Apellidos \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ DNI/Nº de Identificación \_\_\_\_\_

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.*

ASIGNATURAS Y SEMESTRES:

Burgos, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
*(El solicitante)*

Fdo.: \_\_\_\_\_

**RESOLUCIÓN DEL DECANO O DIRECTOR DEL CENTRO**

**Conceder**

**No conceder**

MOTIVACIÓN:

Burgos, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
*(El Decano/Director)*

Fdo.: \_\_\_\_\_