



SECRETARÍA DE LA FACULTAD DE
CIENCIAS DE LA UEx



Facultad de Ciencias

SOLICITUD POR COINCIDENCIA DE EXÁMENES

DATOS PERSONALES		
DNI/NIE/PASAPORTE	Nombre y apellidos	
Dirección		
Código Postal	Localidad	Provincia
Teléfono	E-mail	
Titulación		Nº Expediente

CURSO ACADÉMICO 20__ / __

EXÁMENES COINCIDENTES			
FECHA		CONVOCATORIA ¹	
ASIGNATURA 1			HORA*
ASIGNATURA 2			HORA*
FECHA		CONVOCATORIA ¹	
ASIGNATURA 1			HORA*
ASIGNATURA 2			HORA*

FECHAS DE OTROS EXÁMENES	
FECHA Y HORA	ASIGNATURA

En _____ a _____ de _____ de 20__

FIRMADO: _____

1 Indicar también si es ordinaria o extraordinaria

* Se recuerda que según normativa, solo se considerarán las coincidencias en fecha y turno (MAÑANA O TARDE).

DIRIGIDO AL SR. DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS