

SOLICITUD DE RESOLUCIÓN DE COINCIDENCIA DE EXÁMENES

Datos personales	
Apellidos y nombre:	DNI:
Correo electrónico:	Teléfono:
Titulación:	Curso académico:

Convocatoria (tache lo que proceda)			
Enero:	Junio:	Julio:	Noviembre:

Exámenes coincidentes			
Fecha	Hora	Código asignatura	Nombre Asignatura y/o actividad coincidente

- En caso de coincidencia por otras actividades coincidentes deberá acreditarse éstas documentalmente.

En Cáceres, a ____ de _____ de 2.02__

Firmado: _____

Ilma. Sra. Decana de la Facultad de Ciencias del Deporte