



SOLICITUD DE RESOLUCIÓN DE COINCIDENCIA DE EXÁMENES

DATOS PERSONALES		
Apellidos y nombre		DNI
E-mail		Teléfono:
Titulación:	Grupo:	Curso: 20____ / ____

CONVOCATORIA			
<input type="checkbox"/> Enero	<input type="checkbox"/> Junio	<input type="checkbox"/> Julio	<input type="checkbox"/> Noviembre

EXÁMENES COINCIDENTES			
Fecha	Hora	Código	Asignatura

En Cáceres, a ____ de _____ de 20____.

Firma,

Fdo: _____

SR. DECANO DE LA FACULTAD DE FORMACIÓN DEL PROFESORADO