



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

SOLICITUD DE CAMBIO DE FECHA DE EXAMEN

DATOS DEL SOLICITANTE			
Apellidos:			
Nombre:			
D.N.I. nº:		Correo electrónico:	
Tfno. fijo:		Tfno. móvil:	
Titulación:	<input type="checkbox"/> Grado en Psicología <input type="checkbox"/> Máster en:		
Curso académico:	20 / 20		
Convocatoria de examen afectada:	<input type="checkbox"/> Diciembre (TER) <input type="checkbox"/> Febrero (PC1) <input type="checkbox"/> Junio (PRI) <input type="checkbox"/> Septiembre (SEG)		

EXPONE: Que está convocado/a a examen, en la convocatoria antes detallada, en las siguientes asignaturas:

ASIGNATURA	COORDINADOR/A	CURSO	GRUPO	FECHA

SOLICITA: El cambio de fecha del examen de la asignatura del curso superior, por coincidencia de examen con otra asignatura (conforme determina el art. 17 de la *Normativa Reguladora de la Evaluación y Calificación de las Asignaturas* de la Universidad de Sevilla).

- El art. 17.2 Normativa Reguladora de la Evaluación y Calificación de las Asignaturas de la Universidad de Sevilla indica que las solicitudes de cambio de fecha de examen por coincidencia serán dirigidas, a través de la Secretaría del Centro, al coordinador/a de la asignatura **con una antelación mínima de dos meses**, respecto de la fecha prevista para la realización del examen-

En Sevilla, a _____ de _____ de 20

Firma del/la solicitante,