



Petición Examen de Reserva

Nombre y Apellidos	D.N.I.
Teléfono de Contacto:	
Titulación que Estudia:	
Examen de Reserva: 1- 2- 3-	
Motivo por el que se solicita el examen de reserva: 1- Coincidencia de exámenes en el día..... a las.....horas. Especificar examen..... 2- Coincidencia de exámenes en el día.....a las.....horas. Especificar examen..... 3- Coincidencia de exámenes en el día.....a las.....horas. Especificar examen..... Otros especificar.....	
Observaciones del Tribunal:	
Dado de alta en la base de datos:	

Únicamente podrán realizar examen de reserva los alumnos a quienes les coincidan dos o más asignaturas en la misma hora y día, así como quienes no puedan asistir al examen por otra causa, que se justificará antes de la fecha prevista del examen, al Presidente del Tribunal.

..... a de de 2024

(Firma)