



SOLICITUDE DE REALIZACIÓN DE EXAMES DE RESERVA

D./D^a. _____ con N.I.F. _____
Teléfono _____ e correo electrónico _____,
matriculado/a neste Centro Asociado na Facultade/Escola de _____

EXPÓNE:

Que non lle foi posible presentarse á convocatoria ordinaria da asignatura

_____ código _____ prevista para o día _____ ás _____ horas, polo
seguinte motivo:

polo que

SOLICITA:

Lle sexa concedida a autorización para facer o correspondente exame de reserva, previsto para o
día..... áshoras.

A Coruña, _____ de _____ de 201

Asdo.: _____.

Documentación que se acompaña:

SR. PRESIDENTE DO TRIBUNAL DE PROBAS PRESENCIAIS

En cumprimento da Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de carácter persoal, os datos persoais que nos facilite formarán parte dun ficheiro inscrito no Rexistro Xeral de Protección de Datos cuxo responsable será CENTRO ASOCIADO UNED A CORUÑA con CIF V1505840. A súa finalidade é a xestión do rexistro de entrada/saída do centro. Os datos persoais poderán ser comunicados a outras administracións públicas involucradas según a normativa vixente. Poderá exercer os seus dereitos de acceso, rectificación, cancelación e oposición mediante un escrito dirixido a CENTRO ASOCIADO UNED A CORUÑA, R/Educación, 3, 15011 A Coruña.