



SECRETARÍA DE LA FACULTAD DE  
CIENCIAS DE LA UEx



Facultad de Ciencias

**SOLICITUD POR COINCIDENCIA DE EXÁMENES**

DATOS PERSONALES		
DNI/NIE/PASAPORTE	Nombre y apellidos	
Dirección		
Código Postal	Localidad	Provincia
Teléfono	E-mail	
Titulación		Nº Expediente

CURSO ACADÉMICO 20\_\_ / \_\_

EXÁMENES COINCIDENTES			
FECHA		CONVOCATORIA <sup>1</sup>	
ASIGNATURA 1			HORA*
ASIGNATURA 2			HORA*
FECHA		CONVOCATORIA <sup>1</sup>	
ASIGNATURA 1			HORA*
ASIGNATURA 2			HORA*

FECHAS DE OTROS EXÁMENES	
FECHA Y HORA	ASIGNATURA

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

FIRMADO: \_\_\_\_\_

1 Indicar también si es ordinaria o extraordinaria

\* Se recuerda que según normativa, solo se considerarán las coincidencias en fecha y turno (MAÑANA O TARDE).

**DIRIGIDO AL SR. DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS**