

## SOLICITUD DE EXAMEN DE INCIDENCIA (\*)

### Datos del alumno/a

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

NIF: \_\_\_\_\_ --\_\_\_\_\_, Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_@alum.uca.es

Titulación: \_\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_

### EXPONE

<b>Que tiene convocadas para el mismo día dos exámenes de asignaturas del mismo plan de estudios, cuyos datos a continuación se relacionan:</b>
Código: _____ Nombre: _____ Día y hora del examen : _____
Código: _____ Nombre: _____ Día y hora del examen : _____
<i>Motivo de la solicitud en caso de ser distinto a la coincidencia de fecha de examen (párrafos 1º, 2º y 3º del artículo 10 del Reglamento por el que se regula el Régimen de Evaluación de los Alumnos):</i> _____

### SOLICITA

Examinarse en el llamamiento especial en la convocatoria de:

DICIEMBRE (.....)	FEBRERO (.....)	JUNIO (.....)	SEPTIEMBRE (.....)
<b>De la asignatura</b> Código: _____ Nombre: _____			

Puerto Real (Cádiz) a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.  
(Firma)

*(\*) Podrán solicitarlo los alumnos que tengan convocados el mismo día dos o más exámenes de asignaturas del mismo plan de estudios; la solicitud se entregará en Decanato en el plazo indicado en la convocatoria, siendo imprescindible adjuntar a la solicitud, el justificante de asistencia al examen con el que coincidía el que se solicita.*

**Sr. Decano de la Facultad de Ciencias de la Educación  
Universidad de Cádiz**