

SOLICITUD DE RESOLUCIÓN DE COINCIDENCIA DE EXÁMENES

DATOS PERSONALES		
Apellidos y nombre	DNI	
E-mail	Teléfono:	
Titulación:	Grupo:	Curso: 20____ / ____

CONVOCATORIA			
☐ Enero	☐ Junio	☐ Julio	☐ Noviembre

EXÁMENES COINCIDENTES			
Fecha	Hora	Código	Asignatura

En Cáceres, a ____ de _____ de 20____.

Firma,

Fdo: _____

Presentar por Registro Electrónico de Red Sara (destino: **U00200033**) para los que dispongan de certificado electrónico o en cualquier registro de las Administraciones Públicas o en el Registro de la Secretaría de esta Facultad.

A/A: SR DECANO DE LA FACULTAD DE FORMACIÓN DEL PROFESORADO