



SOLICITUDE DE EXAMES NO CENTRO ASOCIADO UNED-A CORUÑA (SÓ PARA ALUMNOS DOUTROS CENTROS)

O alumno /a D. / Dña. _____
con NIF _____ matriculado /a no Centro Asociado de _____
na carreira de (especificar plan de estudos) _____
con domicilio en R/ _____
Localidade _____ Código Postal _____
Provincia _____ Teléfono _____
Correo electrónico _____

COMUNICA

Que por razóns _____

de desexa examinarse no Centro Asociado de A Coruña, na convocatoria de _____
de 20____, nas seguintes asignaturas:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

.....
.....
.....

En, a de De 20.....

SINATURA

.....

SR./A. DIRECTOR/A DO CENTRO ASOCIADO UNED-A CORUÑA

En cumprimento da Lei Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de carácter persoal, os datos persoais que nos facilite formarán parte dun fichero inscrito no Rexistro Xeneral de Protección de Datos cuxo responsable será CENTRO ASOCIADO UNED A CORUÑA con CIF V15058407. A finalidade é a xestión formativa e cultural e a xestión económica do centro. Os seus datos poderán ser cedidos á sede Central da UNED ou administracións públicas en función da lexislación vixente. Poderá exercitar os seus dereitos de acceso, rectificación, cancelación e oposición mediante un escrito dirixido a CENTRO ASOCIADO UNED A CORUÑA, r/Pepin Rivero, 3, 15011 A Coruña.