



SOLICITUD DE REALIZACIÓN DE EXÁMENES DE RESERVA

D./D^a. _____ con N.I.F. _____
Teléfono _____ y correo electrónico _____,
matriculado/a en este Centro Asociado en la Facultad/Escuela de _____

EXPONE:

Que no ha podido presentarse a la convocatoria ordinaria de la asignatura

código _____ prevista para el día _____ a las _____ horas, por el
siguiente motivo:

por lo que

SOLICITA:

Le sea concedida la autorización para realizar el correspondiente examen de reserva, previsto para
el día..... a lashoras.

A Coruña, _____ de _____ de 201

Fdo.: _____.

Documentación que se acompaña:

SR. PRESIDENTE DEL TRIBUNAL DE LAS PRUEBAS PRESENCIALES

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de carácter personal, los datos personales que nos facilite formarán parte de un fichero inscrito en el Registro General de Protección de Datos cuyo responsable será CENTRO ASOCIADO UNED A CORUÑA con CIF V1505840. La finalidad es la gestión del registro de entrada/salida del centro. Los datos personales podrán ser comunicados a otras administraciones públicas involucradas según la normativa vigente. Podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición mediante un escrito dirigido a CENTRO ASOCIADO UNED A CORUÑA, c/Educación, 3, 15011 A Coruña.