

## INSTANCIA

D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_

con nº de N.I.F. \_\_\_\_\_, y con domicilio en \_\_\_\_\_

Teléfono / Movil \_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_

Estudios \_\_\_\_\_ Curso: \_\_\_\_\_

**EXPONE:** (Razones que le impiden seguir el sistema de evaluación continua)

--

**SOLICITA:** (Acogerse a la evaluación final de las siguientes asignaturas):

	Código	Nombre de la asignatura
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

**DOCUMENTOS:** presenta los siguientes documentos que acreditan la situación expuesta:


Alcalá de Henares, \_\_\_\_\_

Firma del interesado

SRA. DECANA DE LA FACULTAD DE MEDICINA