



SOLICITUD EXÁMENES DE RESERVA

D. /D^a _____

con DNI _____ teléfono _____

correo electrónico _____ matriculado /a en

el Centro Asociado de Elche en la carrera de _____

desea realizar los exámenes de reserva de la/s asignatura/s:

por:

coincidencia de horarios con otras asignaturas

otros motivos _____

Elche, _____ de _____ de 20 _____

Firma

ILMO. SR. PRESIDENTE DEL TRIBUNAL DE EXÁMENES.-