

SOLICITUD DE PRUEBA SUSTITUTORIA

Datos del alumno

Apellidos	Nombre	D.N.I.
Dirección	Código postal	Población
Dirección de correo electrónico		Teléfono de contacto
Actualmente matriculado en:		
Especialidad ☐ _____	☐ Curso 1º ☐ Curso 2º ☐ Curso 3º	☐ Curso 4º ☐ Curso 5º ☐ Curso 6º

IMPORTANTE: La solicitud de Prueba Sustitutoria deberá realizarse hasta el 25 de abril

EXPONE que, habiendo perdido el derecho a la Evaluación Continua

SOLICITA la Prueba Sustitutoria para la/s siguiente/s asignatura/s:

•	
•	
•	

En _____, a ____ de _____ de 20__

Sello del centro

Firma del alumno

ESTE IMPRESO SE DEBERÁ ENTREGAR POR DUPLICADO EN LA SECRETARÍA DEL PROPIO CENTRO. UNA COPIA, SELLADA POR EL CENTRO, SERÁ DEVUELTA AL INTERESADO A EFECTOS DE JUSTIFICANTE DE SOLICITUD DE PRUEBA SUSTITUTORIA

