SOLICITUD EXAMEN DE RESERVA
CURSO DE ACCESO MAYORES 25| 45 AÑOS

D.|Dª. _____ *D.N.I* _____

Teléfono: _____ *matriculado|a en el Centro Asociado de* _____ *en el Curso de Acceso Mayores 25|45 años,*

SOLICITA:

Le sea concedida la autorización para realizar el examen de reserva el día _____ *a las 16:00 horas de la siguientes Asignatura/s:*

_____

_____

_____

Motivo por el que no puede realizar el examen:

☐ *Laboral* *(adjuntar certificado de empresa)*

☐ *Médico* *(adjuntar certificado médico)*

☐ *Otros* _____

(Adjuntar documento justificativo de la no asistencia al examen)

Documentación obligatoria justificativa que se acompaña:

_____

Fecha: _____

SR. PRESIDENTE DEL TRIBUNAL DE LAS PRUEBAS PRESENCIALES EN UNED HUELVA.

(Una vez relleno el formulario debe enviarlo a la siguiente dirección de correo electrónico junto con la documentación que aporta)

info@huelva.uned.es