



PROFESSOR:

DEPARTAMENT:

SOL.LICITUD AVALUACIÓ ÚNICA**1. DADES PERSONALS**

| | | | |
|------------------------------|----------------|--------------|------|
| Nom i Cognoms: | | DNI: | |
| Domicili (carrer, plaça...): | | Número: | Pis: |
| Població: | Telèfon mòbil: | Telèfon fix: | |
| Correu electrònic: | | | |

2. FETS I MOTIVACIÓ DE LA PETICIÓ**EXPOSO:**

Que d'acord amb la normativa *Normes Reguladores de l'Avaluació i de la Qualificació dels aprenentatges*, aprovada pel Consell de Govern de 6 de juliol de 2006, i en compliment de l'art. 12 d'aquesta:

"Art. 12.1 En cas que un estudiant manifesti que no pot complir els requisits d'una avaluació continuada, tindrà dret a una avaluació única. En cas d'acollir-se a l'avaluació única, aquesta decisió ha de contar per escrit, amb una còpia per a l'estudiant i una altra per al professor."

No puc complir els requisits d'una avaluació continuada.

3. DEMANO:

Avaluació única per a l'assignatura següent:

| CODI | ASSIGNATURA | GRUP | PROFESSOR/A |
|------|-------------|------|-------------|
| | | | |

Signatura:

Barcelona, d de 200

TERMINIS:

Assignatures 1r. Q: fins al 31 d'octubre

Assignatures 2n. Q: Fins al 31 de març

IMPORTANT:

CAL PRESENTAR PER DUPLICAT AQUESTA SOL.LICITUD, UN EXEMPLAR PEL PROFESSOR/A I UN PER L'ALUMNE/A