



PROFESSOR/A:.....

DEPARTAMENT: .....

## SOL·LICITUD AVALUACIÓ ÚNICA

### 1. DADES PERSONALS

Nom i cognoms:	NIUB:
Correu electrònic:	Telèfon mòbil:

### 2. FETS I MOTIVACIONS DE LA PETICIÓ

**EXOSO:**

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 de l'alumne:

Signatura del professor:

Barcelona,      d                      de 20

**TERMINIS\*:**

Assignatures 1r. Q i anuals: *fins al 31 d'octubre*  
Assignatures 2n. Q: *fins al 15 de març*

\* En el cas que el darrer dia del termini sigui no lectiu, el termini finalitzarà el següent dia lectiu.

**IMPORTANT:**

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