



PROFESSOR/A:.....

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 MOTIVACIONS 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 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