



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 de l'alumne:

Signatura del professor:

Barcelona, d de 200

TERMINIS:

Assignatures 1r. Q i anuals: 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