

SJD Sant Joan de Déu Campus Docent	SOL·LICITUD AVALUACIÓ ÚNICA FINAL	Codi: O.5-27
		Rev.: 03

Nº expedient: _____

Nom i cognoms: _____ DNI/NIE: _____

Adreça: _____

Població: _____ Codi Postal: _____

Telèfon: _____ Mòbil: _____

@Mail: _____

Curs Acadèmic:

Assignatura:

Torn:

Jo,matriculat/da

en l'assignatura.....

.....del semestre....., del curs

.....de GRAU EN INFERMERIA, faig constar que vull renunciar a

l'Avaluació Continuada, d'acord amb el que està establert a les Normes reguladores de l'avaluació i de la qualificació dels aprenentatges.

Per tant, l'única forma d'avaluació a què tindrà dret és l'Avaluació Única a final del semestre o any (en les assignatures anuals).

Signatura estudiant

Signatura professor/a

Barcelona, d..... de.....

(cal realitzar una còpia per al professor/a i una per l'estudiant)