**Curso académico 20\_\_/20\_\_**

**DATOS DEL SOLICITANTE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Primer apellido: | | | | | | Segundo apellido: | | |
| Nombre: | | | | | | D.N.I. o Pasaporte: | | |
| Correo electrónico: @correo.ugr.es | | | | | Domicilio: | | | |
| Nº: | Piso: | | Letra: | | | Población: | | |
| Código Postal: | | Provincia: | | País: | | | Teléfono: | Móvil: |
| Estudiante de Grado en: | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |

**ASIGNATURAS SOLICITADAS PARA EVALUACIÓN POR INCIDENCIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Código** | **Asignatura** | **Titulación** | **Grupo** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**MOTIVO DE LA SOLICITUD Y DOCUMENTACIÓN QUE APORTA**

Ante la coincidencia de fecha y hora por motivos de asistencia a las sesiones de órganos colegiados de gobierno o de representación universitaria.

Por coincidencia con actividades oficiales de los deportistas de alto nivel y de alto rendimiento o por participación en actividades deportivas de carácter oficial representando a la Universidad de Granada.

Por coincidencia de fecha y hora de dos o más procedimientos de evaluación de asignaturas de distintos cursos y/o titulaciones. Indicar nombre asignatura:

En supuestos de enfermedad debidamente justificada a través de certificado médico oficial.

Por fallecimiento de un familiar hasta segundo grado de consanguinidad o afinidad acaecido en los diez días previos a la fecha programada para la realización de la prueba.

Por inicio de una estancia de movilidad saliente en una universidad de destino cuyo calendario académico requiera la incorporación del estudiante en fechas que coincidan con las fechas de realización de la prueba de evaluación.

Por finalización de estancia de movilidad saliente con posterioridad a la fecha de la convocatoria del examen extraordinario en la Universidad de Granada.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | Firma del solicitante | |
|  | | |  | |
|  | |  |  | |
|  | |  |  | |
| En Haga clic aquí para , a texto. de Ha texto. de Ho. | | |  | |
| **Al Sr./Sra. Director/a de Departamento:** | | | | |
| **Información básica sobre protección de sus datos personales aportados** | | | | |
| **Responsable:** | UNIVERSIDAD DE GRANADA | | | |
| **Legitimación:** | La Universidad de Granada está legitimada para el tratamiento de sus datos, siendo de aplicación la base jurídica prevista en el art. 6.1 del Reglamento General de Protección de Datos que corresponda en función de la finalidad pretendida con su solicitud. | | | |
| **Finalidad:** | Atender la solicitud de comunicación de datos de carácter personal. | | | |
| **Destinatarios:** | Cuando proceda, a Juzgados y Tribunales, Defensor del Pueblo Andaluz y Agencia Española de Protección de Datos. | | | |
| **Derechos:** | Tiene derecho a solicitar el acceso, oposición, rectificación, supresión o limitación del tratamiento de sus datos, tal y como se explica en la información adicional. | | | Generador de CÃ³digos QR Codes |
| **Información adicional:** | Puede consultar la información adicional y detallada sobre protección de datos, en función del tipo de tratamiento, en la UGR en el siguiente enlace: <https://secretariageneral.ugr.es/pages/formularios/proteccion_datos> | | |