

SOL·LICITUD D'AVALUACIÓ ÚNICA

DNI o passaport			Cognoms			Nom		
Població						Número UdG		
Estudi en curs								
Estudi								
Facultat/Escola Facultat de Medicina								

EXPOSO:

Que
.....
.....

I adjunto la documentació acreditativa que justifica la petició d'avaluació única de les següents assignatures

Codi	Assignatura

SOL·LICITO:

Que se'm permeti acollir a l'avaluació única a les assignatures esmentades anteriorment

Lloc i data:	Signatura de la persona sol·licitant:

Informació bàsica sobre protecció de dades. Responsable del tractament: Universitat de Girona. Finalitat: avaluació única (Facultat de Medicina). Legitimació: les dades es tracten per a la prestació dels serveis docents (art. 6.1.b RGPD) i en compliment d'obligacions legals (art. 6.1.c RGPD). Destinataris: les dades es comuniquen a administracions públiques competents en la matèria d'ensenyament superior i a institucions i empreses amb què la UdG té convenis de col·laboració. Drets de les persones interessades: es poden exercir els drets d'accés, rectificació, supressió, oposició al tractament i sol·licitud de la limitació del tractament adreçant-se a la Universitat de Girona. Podeu consultar informació addicional i detallada sobre protecció de dades a www.udg.edu/protecciondadas.

SR. DEGÀ DE LA FACULTAT DE MEDICINA