



**SOLICITUD DE EXÁMENES EN EL CENTRO ASOCIADO UNED-A CORUÑA
(SÓLO PARA ALUMNOS DE OTROS CENTROS)**

El alumno /a D. / Dña. _____
con NIF _____ matriculado /a en el Centro Asociado de _____
en la carrera de (especificar plan de estudios) _____
con domicilio en C/ _____
Localidad _____ Código Postal _____
Provincia _____ Teléfono _____
Correo electrónico _____

COMUNICA

Que por razones _____

desea examinarse en el Centro Asociado de A Coruña, en la convocatoria de _____
de 20____, en las siguientes asignaturas:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

.....
.....
.....

En _____, a _____ de _____ De 20.....

FIRMA

.....

SR./A. DIRECTOR/A DEL CENTRO ASOCIADO UNED-A CORUÑA

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de carácter personal, los datos personales que nos facilite formarán parte de un fichero inscrito en el Registro General de Protección de Datos cuyo responsable será CENTRO ASOCIADO UNED A CORUÑA con CIF V15058407. La finalidad es la gestión formativa y cultural y la gestión económica del centro. Sus datos podrán ser cedidos a la sede Central de la UNED o administraciones públicas en función de la legislación vigente. Podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición mediante un escrito dirigido a CENTRO ASOCIADO UNED A CORUÑA, c/Pepin Rivero, 3, 15011 A Coruña.