



ACEPTACIÓN DE MATRÍCULA EN ASIGNATURAS SIN DOCENCIA. PLANES DE ESTUDIOS EN PROCESO DE EXTINCIÓN

A cumplimentar por estudiantes de titulaciones en extinción que matriculan asignaturas SIN DOCENCIA que no han sido cursadas con anterioridad

Datos personales:

Nombre y apellidos:		DNI
Domicilio:		
Cód. Postal:	Localidad:	Provincia:
Teléfonos:		Correo electrónico:

Datos académicos:

Titulación (a extinguir):	
Centro:	
Curso académico:	2010-2011

DECLARO:

- Que tengo conocimiento del proceso de extinción de la titulación que actualmente curso.
- Que acepto la matrícula en las asignaturas SIN DOCENCIA que a continuación señalo.
- Que conozco que la matrícula de asignaturas sin docencia me otorga derecho a presentarme a examen en las convocatorias reglamentarias, pero no a asistir a clases (teóricas ni prácticas).

Asignaturas sin docencia que matricula:

Curso:	Código:	Nombre Asignatura:

Valencia, ___ de _____ de 2010

Firma del interesado

SR(A). DIRECTOR(A)/DECANO(A) CENTRO