



**SOLICITUD DE CAMBIO DE GRUPO DE ACTIVIDAD**

| Datos personales |                 |                  |        |
|------------------|-----------------|------------------|--------|
| DNI o NIE        | Primer apellido | Segundo apellido | Nombre |
|                  |                 |                  |        |

| Datos de contacto a efecto de notificaciones          |           |                |               |
|---|-----------|----------------|---------------|
| Calle/ número/piso                                    |           |                | Código Postal |
|   |           |                |               |
| Población   | Provincia | País           |               |
|   |           |                |               |
| Dirección de correo electrónico (para comunicaciones) |           | Teléfono móvil | Teléfono fijo |
|   |           |                |               |

| Datos relativos a los estudios que se encuentra cursando | Año de ingreso en los estudios |         |  |
|--|--------------------------------|---------|--|
| Titulación   | <input type="checkbox"/>       | 2018/19 | <input type="checkbox"/> Años anteriores |

| Asignaturas cuyo grupo solicita modificar |              | Se solicita la incorporación | Permuta su plaza con el/la alumno/a (deberán presentarse ambas solicitudes) |                    |
|---|--------------|------------------------------|---|--------------------|
| Código                                    | Denominación | al grupo                     | DNI, NIE  | Apellidos y nombre |
|   |              |                              |   |                    |
|   |              |                              |   |                    |
|   |              |                              |   |                    |
|   |              |                              |   |                    |
|   |              |                              |   |                    |
|   |              |                              |   |                    |
|   |              |                              |   |                    |
|   |              |                              |   |                    |
|   |              |                              |   |                    |
|   |              |                              |   |                    |

**Fundamentación de la petición**

**Documentación que aporta**

**Estimación parcial de los cambios solicitados**

Acepta la estimación parcial

Rechaza la estimación parcial

Fecha y firma: EL/LA SOLICITANTE

Fdo.:

**RESOLUCIÓN:** El Director de la Escuela a la vista de la solicitud presentada, **HA RESUELTO**

Estimar la solicitud: \_\_\_\_\_

Desestimar la solicitud por: \_\_\_\_\_

Inadmitir la solicitud por: \_\_\_\_\_

Contra esta resolución, que no pone fin a la vía administrativa, podrá interponer recurso de alzada ante el Rector de la Universidad de La Rioja, en el plazo de un mes a contar desde el día siguiente al de su notificación, sin perjuicio de la interposición de cualquier otro recurso que estime procedente.

Las notificaciones se practicarán preferentemente por medios electrónicos. Los avisos de notificaciones se realizarán en la dirección de correo electrónico indicada en este impreso. En su defecto, se enviará a la dirección de correo electrónico institucional.

Logroño, a      de      de  
EL DIRECTOR DE LA ESCUELA,

Fdo.: Pedro M<sup>a</sup>. Lara Santillán