



ESCUELA OFICIAL DE IDIOMAS
LAS PALMAS DE GRAN CANARIA

IMPRESO SOLICITUD PRUEBA DE INCIDENCIAS

DATOS PERSONALES

DNI/NIE	PASAPORTE		
APELLIDOS	NOMBRE		
NACIONALIDAD			
DIRECCIÓN	NÚMERO	PISO/LETRA	
LOCALIDAD	CÓDIGO POSTAL		
TELÉFONO	TELÉFONO MÓVIL		
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO			

SOLICITA REALIZAR LA PRUEBA DE CERTIFICACIÓN DEL AÑO _____ EN LA CONVOCATORIA DE INCIDENCIAS POR LOS SIGUIENTES MOTIVOS:

(Recuerde que cualquier motivo debe ir acompañado de su justificación)

Seleccione con una X el motivo:

<input type="checkbox"/>	COINCIDENCIA CON OTRA PRUEBA O EXAMEN
<input type="checkbox"/>	HOSPITALIZACIÓN
<input type="checkbox"/>	ENFERMEDAD GRAVE DE UN FAMILIAR
<input type="checkbox"/>	VIAJE PROGRAMADO ANTES DE LA CONVOCATORIA DE LA PRUEBA
<input type="checkbox"/>	ACCIDENTE
<input type="checkbox"/>	OTRA SITUACIÓN CAUSA SOBREVENIDA DE FUERZA MAYOR. Especificar:

Declaro que todos los datos son ciertos

En Las Palmas de Gran Canaria a de de 20_____

Firma	Fecha
-------	-------

SR DIRECTOR ESCUELA OFICIAL DE IDIOMAS LAS PALMAS DE GRAN CANARIA