



UNIVERSIDAD
POLITÉCNICA
DE MADRID



ESCUELA TÉCNICA SUPERIOR
DE INGENIERÍA AGRONÓMICA
ALIMENTARIA Y DE BIOSISTEMAS

**AUTORIZACIÓN DE EXAMEN (vía correo electrónico)
PARA ALUMNOS PARTICIPANTES EN PROGRAMAS DE MOVILIDAD¹**

Nombre y Apellidos del Alumno:

Titulación:

SOLICITA AUTORIZACIÓN para realizar el examen a distancia de la Asignatura² (código y nombre completo):

Convocatoria:

Fecha del examen:

Hora:

Prof. Responsable de la asignatura:

E-mail profesor responsable y teléf.:

Universidad de destino:

Profesor responsable en Universidad de destino (nombre y apellidos):

E-mail Profesor Universidad de destino:

Fdo.: Alumno

Fdo.: Profesor Responsable de la Asignatura
en ETSIAAB

Fdo.: Profesor Responsable
Universidad destino

VºBº.: Subdirectora de Prácticas, Movilidad y
Empleabilidad

¹ Entregado con las firmas de alumno y profesores responsables DIEZ días antes de la fecha de examen

² En caso de exámenes parciales indicar la parte del examen del que se trate