**ANEXO A**

**SOLICITUD DE REASIGNACIÓN DE DIRECTOR/A**

|  |
| --- |
| **Datos del estudiante** |
| DNI: |
| Apellidos, Nombre: |
| Grado en:  |
| Nombre y apellidos del director que tenía asignado previamente:  |

**Tengo director/a asignado/a para el presente curso en la elección del curso académico anterior:**

Solicito formar parte de la Convocatoria Pública para la asignación de director/a en el presente curso académico.

Almería, a \_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_

El estudiante

Fdo.:…………………………………..

**Decanato de la Facultad de Ciencias de la Salud**