**PARTE DE INCIDENCIAS**

(asistencia profesorado)

(aprobado na Comisión Permanente do día 26/9/2014 e refrendado na Comisión de Garantía de Calidade do día 29/9/2014)

Profesor/a:

Titulación:

Curso:

Materia:

Departamento:

Data(s) da(s)da incidencia(s):

**MOTIVO DA INCIDENCIA**

|  |
| --- |
|  |

**RECUPERACIÓN DAS CLASES** (se é o caso)

Lugar:

Data:

Hora:

Ourense, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 201\_\_

(sinatura do profesor/a)