

**SOLICITUD DE FORMACIÓN DE UNA COMISIÓN DE**  
**REVISIÓN DE CALIFICACIÓN**

D/DÑA .....

D.N.I. O PASAPORTE NÚMERO .....

DOMICILIO EN CALLE/PLAZA ..... Nº .....

CÓDIGO POSTAL ..... PROVINCIA .....

TELÉF. .... FAX ..... CORREO ELECTRÓNICO .....

NÚMERO DE EXPEDIENTE .....

ASIGNATURA .....

CENTRO ASOCIADO AL QUE PERTENECE .....

.....

CARRERA .....

CURSO DE ACCESO PARA MAYORES DE 25 AÑOS .....

RAZÓN EN QUE BASA SU PETICIÓN .....

.....

.....

.....

.....

**Nota:** no se atenderá ninguna otra razón que no sea estrictamente académica.

..... a ..... de ..... de .....

(Firma)

**ILMO. SR. DECANO/DIRECTOR DE LA FACULTAD/ESCUELA DE** .....

**Plazo:** una semana a partir de la calificación obtenida después de la revisión de examen por parte del equipo docente