

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