

SOLICITUD DE REVISIÓN DE CALIFICACIONES ANTE EL CENTRO

(Sello Registro de Entrada)

APELLIDOS		NOMBRE	
-----------	--	--------	--

ENSEÑANZA	ENSEÑANZAS ARTÍSTICAS SUPERIORES DE _____
-----------	---

CURSO		GRUPO		CENTRO	
-------	--	-------	--	--------	--

D./Dña _____ con DNI _____ y domicilio a efectos de notificación en calle _____ nº ____ de la localidad de _____, código postal _____, solicita a la dirección del Centro la revisión de la calificación final en la Asignatura/Trabajo Fin De Estudios o Grado/ Practicas Externas (eliminar lo que no proceda) de² _____

Por los siguientes motivos: _____

En _____, a ____ de _____ de 20__

(Firma del alumno/a)

² Debe cumplimentarse un impreso por cada ASIGNATURA/TRABAJO FIN DE ESTUDIOS O GRADO/ PRACTICAS EXTERNAS para la que se solicite la revisión de la calificación final.

