

SOLICITUD DE RECLAMACIÓN DE EXÁMENES

DATOS PERSONALES						
DNI/NIE/Pasaporte		Nombre y Apellidos				
Calle/Avenida/Plaza (especificar)		Número	Portal	Escalera	Piso	Letra
Código Postal	Localidad			Provincia		
Titulación				Curso		
Teléfono/Móvil		E-mail*				

DATOS DE LA ASIGNATURA
Asignatura:
Titulación:

EXPONE
En caso de necesitar más espacio, adjunte los folios necesarios. Adjunte la documentación que crea necesaria.

SOLICITA
La revisión del examen.

En, _____, a _____ de _____ de 20_____

Firma: _____

COMISIÓN DE RECLAMACIÓN DE EXÁMENES DE LA FACULTAD DE MEDICINA.

*Se utilizará el e-mail como medio preferente de notificación, si no desea este medio ha de solicitarlo en el momento de entregar esta solicitud.

Si desea tener constancia de la presentación de su solicitud, acompañe copia de la misma para que le sea sellada