**CENTRO UNIVERSITARIO DE PLASENCIA**

Avda. Virgen del Puerto, 2

10600 – Plasencia

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

**DIRECTOR DEL CEU DE PLASENCIA**

# Firma:

(alumno)

\*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**