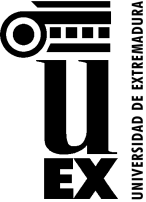
**CENTRO UNIVERSITARIO DE PLASENCIA**



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**