FACULTAD DE DERECHO

MODELO DE SOLICITUD PARA LA REVISIÓN DE EXÁMENES

ASIGNATURA: . . . . . .

CURSO: . . . . . .

FACULTAD: . . . . . .

DATOS DEL ALUMNO:

NOMBRE Y APELLIDOS: . . . . . .

D.N.I.: . . . . . .

DIRECCIÓN: . . . . . .

POBLACIÓN: . . . . . .

C.P.: . . . . . .

TELÉFONO: (Mañ.): . . . . . (Tarde) . . . . . Fax: . . . . . .

CENTRO ASOCIADO EN QUE ESTÁ MATRICULADO: . . . . . .

CENTRO ASOCIADO EN QUE REALIZÓ LA PRUEBA: . . . . . .

SEMANA EN QUE SE EXAMINÓ: . . . . . .

PETICIÓN: . . . . . .

A) REVISIÓN DE EXAMEN

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

B) OTRO ASUNTO

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

LA *SOLICITUD DE REVISIÓN* DE EXAMEN DEBE DE SER *SUFICIENTEMENTE MOTIVADA*.

Madrid, a . . . . de . . . . . de . . . .

Ilmo/a. Director/a del Departamento de . . . . . .