

PETICIÓN DE REVISIÓN DE CALIFICACIÓN A DEPARTAMENTO

D./Dña _____ con DNI: _____

Alumno/a matriculado/a en el curso: _____

Modalidad: _____

SOLICITA

Revisión de calificación de la siguiente asignatura/módulo

ASIGNATURA/MÓDULO	
CURSO	MODALIDAD
PROFESOR/A QUE IMPARTE LA ASIGNATURA/MÓDULO	
DEPARTAMENTO AL QUE PERTENECE EL PROFESOR/A	
OBJETO DE LA RECLAMACIÓN	MOTIVACIÓN DE LA RECLAMACIÓN
Marque con una X lo que corresponda. Calificación Final [<input type="checkbox"/>] Promoción/Titulación [<input type="checkbox"/>]	Explique el motivo de la reclamación:

IMPORTANTE: La presente petición debe de ser cursada con entrada de registro en secretaría del centro, en el plazo de 48 horas desde la publicación de las calificaciones.

Ceuta a _____ de _____ de _____

(firma) El alumno/a

Fdo.: