



SOLICITUD DE REVISIÓN DE EXAMEN

D/DÑA.....

DNI O PASAPORTE

DOMICILIO EN C/PLZA N°

CÓDIGO POSTAL PROVINCIA

TELÉFONO FAX

CORREO ELECTRÓNICO

N° DE EXPEDIENTE

ASIGNATURA

PROFESOR/A

CENTRO ASOCIADO AL QUE PERTENECE

CENTRO ASOCIADO DONDE SE HA EXAMINADO

SEMANA EN LA QUE SE HA EXAMINADO

CARRERA

CURSO DE ACCESO PARA MAYORES DE 25 Y 45 AÑOS

..... a dede

(Firma)

EQUIPO DOCENTE DE LA ASIGNATURA: