|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Grado/Máster en** | | **Curso** | | | **Asignatura** | | | | | |
| **Profesor** | | | | | | | | | | |
| **Fecha examen** | | | **Fecha revisión del examen** | | | | | | | |
| **Fecha publicación calificaciones definitivas** | | | **Lugar de publicación de las calificaciones definitivas** | | | | | | | |
| **Estudiante (Apellidos y nombre)** | | | | | | | **DNI** | | | |
| **Domicilio a efectos de comunicación** | | | | | | | | | | |
| **C. Avda.** | | | | | | | | **nº** | | **piso** |
| **Localidad** | | | | **Provincia** | | | | | **C.P.** | |
| **e-mail** | **Teléfono** | | | | | **Móvil** | | | | |
| **MOTIVOS DE LA RECLAMACIÓN** | | | | | | | | | | |
| No estar conforme con la calificación obtenida (por favor, explique las razones)  Si necesita más espacio, por favor, use la otra cara del formulario | | | | | | | | | | |

FECHA Y FIRMA DEL ESTUDIANTE Sello de registro