|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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