

| | | | | |
|--|---|--|---|---|
| ESD Estudio Superior de Diseño <input type="checkbox"/> | CFGM Ciclo Formativo de Grado Medio <input type="checkbox"/> | CFGS Ciclo Formativo de Grado Superior <input type="checkbox"/> | TFT Trabajo Final de Título <input type="checkbox"/> | PI/OF Proyecto Integrado Obra final <input type="checkbox"/> |
|--|---|--|---|---|

Registro

A la Atención de :

Sr./a. Director/a de la EASDA¹:

Presidente del tribunal ¹:

El/la ESTUDIANTE:

Nombre y Apellidos

DNI

E-mail

Tfno.

Especialidad

Curso - Grupo

Asignatura (¹)

Semestre:

Profesor/a (¹)

Convocatoria Ordinaria

Convocatoria Extraordinaria

2ª Matricula

Calificación objeto de la reclamación (²)

Fecha revisión:

EXPONE, que habiendo solicitado las aclaraciones correspondientes a la calificación objeto de la presente reclamación y, tras recibirlas, manifiesta su desacuerdo respecto a los siguientes aspectos:

Si falta espacio se puede adjuntar documentos.

SOLICITA revisión de la calificación, para lo que aporta además la siguiente documentación:

Si falta espacio se puede adjuntar documentos.

Fdo. El / la estudiante

(¹) Los nombres deberán reflejarse con exactitud. Se utilizará un formulario para cada asignatura y profesor/a objeto de reclamación.

(²) Examen, trabajo, proyecto, exposición, parcial, convocatoria ordinaria, convocatoria extraordinaria...