

SOLICITUD DE REVISIÓN

EN EL CENTRO DE LA CALIFICACIÓN FINAL OBTENIDA · CURSO ____ / ____

CUMPLIMENTAR EN MAYÚSCULAS

DATOS ALUMNO O ALUMNA		
NOMBRE:	1 ^{er} APELLIDO:	2 ^{do} APELLIDO:
DOMICILIO:		
Nº:	PORTAL:	PISO:
LOCALIDAD:		C.P.:
DNI/PASAPORTE:		TFNO. MOVIL:
EMAIL:		

EXPONE

Que durante el actual curso académico se encuentra matriculado en el curso y grupo _____

Que, una vez revisada la calificación final de la materia _____ con su profesor titular _____, mantiene su desacuerdo con la calificación obtenida (especifique cuál) _____, por:

- Falta de adecuación de los contenidos, criterios de evaluación y estándares de aprendizaje.
- Falta de adecuación de los procedimientos e instrumentos de evaluación aplicados.
- Incorrecta aplicación de los criterios de calificación establecidos.
- Otros (especifique) _____

SOLICITA

La revisión de dicha calificación por el Departamento didáctico correspondiente, para lo que acompaña, llegado el caso, la siguiente documentación (especifique cuál)

_____, a _____ de _____ de 20 ____

Fdo. _____

Firma del solicitante o de su madre/padre/tutor legal