

**CENTRO UNIVERSITARIO DE PLASENCIA**Avda. Virgen del
Puerto, 2

10600 – Plasencia

**SOLICITUD DE RECLAMACIÓN DE
EXÁMENES****DATOS PERSONALES**

DNI/NIE/Pasaporte		Nombre y Apellidos				
Calle/Avenida/Plaza (especificar)		Número	Portal	Escalera	Piso	Letra
Código Postal	Localidad	Provincia				
Titulación					Curso	
Teléfono/Móvil		E-mail*				

DATOS DE LA ASIGNATURA**Asignatura:****Titulación:****EXPONE**

En caso de necesitar más espacio, adjunte los folios necesarios. Adjunte la documentación que crea necesaria.

SOLICITA

La revisión del examen.

En, _____, a _____ de _____ de 20____

Firma: _____
(alumno)**DIRECTOR DEL CEU DE PLASENCIA**

*Se utilizará el e-mail como medio preferente de notificación, si no desea este medio ha de solicitarlo en el momento de entregar esta solicitud.

Si desea tener constancia de la presentación de su solicitud, acompañe copia de la misma para que le sea sellada