

SOLICITUD DE REVISIÓN DE EXAMEN ANTE TRIBUNAL DE DEPARTAMENTO

D./Dña. _____, con DNI nº _____, alumno/a
de la E.P.S.Z., con dirección en la C/ _____, nº _____, piso _____,
Localidad _____, Provincia _____, C.P. _____, Tfno. _____,
Email _____ @ _____.

SOLICITA

La revisión de la calificación obtenida en el examen de la asignatura _____
de la Titulación de _____, realizado el día _____,
correspondiente a la convocatoria de _____, de 20____ - 20____, ante Tribunal del
Departamento, por los siguientes

MOTIVOS:

En Zamora, a _____ de _____ 20____.

Fdo. _____.

**SR./SRA. PRESIDENTE/A DE LA COMISIÓN DE DOCENCIA DE LA ESCUELA POLITÉCNICA SUPERIOR DE
ZAMORA**