

## PETICIÓN DE REVISIÓN DE EXAMEN

D/DÑA .....  
D.N.I. O PASAPORTE NÚMERO .....  
DOMICILIO EN CALLE/PLAZA ..... Nº .....  
CÓDIGO POSTAL ..... PROVINCIA .....  
TELÉF. .... FAX ..... CORREO ELECTRÓNICO .....

NÚMERO DE EXPEDIENTE .....  
ASIGNATURA .....  
CENTRO ASOCIADO AL QUE PERTENECE .....  
.....

CARRERA .....  
 CURSO DE ACCESO PARA MAYORES DE 25 AÑOS .....

..... a ..... de ..... de .....

(Firma)

ILMO. SR. DECANO/DIRECTOR DE LA FACULTAD/ESCUELA DE .....