

SOLICITUD DE RECLAMACIÓN DE EXAMEN

DATOS PERSONALES				
Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre	NIF/Tarjeta residencia/Pasaporte	
Dirección		Código Postal	Población	Provincia
País	Teléfono fijo	Teléfono móvil	Correo electrónico UMU	
TITULACIÓN			CURSO	GRUPO

DATOS DEL EXAMEN			
Asignatura (código y nombre)			
Profesor/a/es responsables			
Convocatoria	<input type="checkbox"/> Primera	<input type="checkbox"/> Segunda	<input type="checkbox"/> Tercera
Fecha y hora de realización			
Fecha de la revisión de examen			

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS:

Murcia, a _____ de _____ de _____
(Firma del/la interesado/a)

A/A D^a. M^a VICTORIA SÁNCHEZ GINER, DECANA DE LA FACULTAD DE BELLAS ARTES

(Enviar por correo electrónico a decanatobbaa@um.es)