



**SOLICITUD DE RECLAMACIÓN DE EXAMEN**

|  |
| --- |
| **DATOS PERSONALES** |
| *Primer Apellido* | *Segundo Apellido* | *Nombre* | *NIF/Tarjeta residencia/Pasaporte* |
| *Dirección postal para notificaciones* | *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 | Primera | Segunda | 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 Dº. Mª BEGOÑA ALFAGEME GONZÁLEZ, DECANA DE LA FACULTAD DE EDUCACIÓN

(Enviar a través del [Registro Electrónico](https://sede.um.es/registro2/catalogo.seam) mediante la presentación de una instancia básica con destino a la Facultad de Educación)

**Campus de Espinardo. 30100 Murcia**

**T. 868 883 919 – F. 868 884 146 –** [**www.um.es/web/educacion**](http://www.um.es/web/educacion)