UNIVERSIDAD ALFONSO X EL SABIO

SOLICITUD DE REVISIÓN
DECANO/DIRECTOR

DATOS DEL ALUMNO

D. /Dª	

Carrera	

Teléfono										**NP**					

ASIGNATURA

COORDINADOR PROF.

CONVOCATORIA		**AÑO**	

REVISIÓN PREVIA CELEBRADA EL DÍA					**2**	**0**	**0**	

MOTIVOS EN LOS QUE FUNDAMENTA SU SOLICITUD DE REVISIÓN ANTE EL DECANO / DIRECTOR DE FACULTAD/ESCUELA

Villanueva de la Cañada ____ de _____ de 2 0 0 ___

Firma del interesado,

ILMO. SR. DECANO/DIRECTOR