

## SOLICITUD DE REVISIÓN DE EXAMEN ANTE TRIBUNAL DE DEPARTAMENTO

D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, 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. PRESIDENTE DE LA COMISIÓN DE DOCENCIA DE LA ESCUELA POLITÉCNICA SUPERIOR DE ZAMORA