**SOLICITUD DE REVISIÓN DE CALIFICACIONES**

ENSEÑANZAS ARTÍSTICAS SUPERIORES DE MÚSICA

|  |
| --- |
| **DATOS PERSONALES DEL ESTUDIANTE** |
| **Primer apellido:**       | **Segundo apellido:**       | **Nombre:**       |
| **DNI/Pasaporte o equivalente:**       | **Fecha de nacimiento:**       | **Teléfono:**       |
| **Domicilio (Calle, plaza o avda. y número):**       | **Localidad:**       |
| **Provincia:**       | **Código Postal:**       | **País:**       | **Nacionalidad:**       |
| **Correo electrónico:**       |

|  |
| --- |
| **DATOS ACADÉMICOS**  |
| **Nombre del centro:**       |
| **Localidad del centro:**       | **Provincia del centro:**       |
| **Especialidad / Itinerario / Instrumento:**       | **Curso escolar:** **20**      **/ 20**      |

|  |
| --- |
| **SOLICITA** |
| La revisión de las calificaciones de las siguientes asignaturas: |
| **Nombre de la asignatura** | **Curso** | **Convocatoria** | **Calificación** |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |

|  |
| --- |
| **CIRCUNSTANCIAS QUE MOTIVAN LA SOLICITUD**  |
|       |

En       , a       de       de

 Fdo.:

SR/A JEFE/A DE ESTUDIOS