

|  |
| --- |
| COGNOMS: |
| NOM: | DNI, NIE o passaport: |
| Carrer: | Núm.: | Pis: |
| Codi postal: | Municipi: |
| Correu electrònic: |  |  | Telèfon: |  |
| Any acadèmic: | **Idioma**: |
| Si sou alumnat **oficial**, indiqueu:**Professor/a: Grup (horari i aula):**  A1  B2.1 A2  B2 B1  C1Si sou candidat/a **lliure**, indiqueu: Nivell Intermedi B1  Nivell Avançat C1  Nivell Intermedi B2 |

EXPOSA:

SOL·LICITA a la direcció:

Que se li revisi el seu examen/l’avaluació a efectes de possibles modificacions en la seva qualificació.

Barcelona, de de

Signatura: