

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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  C1  Si 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: