UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA	PROCESO DE GESTIÓN DE RECLAMACIONES. FACULTAD DE EDUCACIÓN	
	EDICIÓN:02	**CÓDIGO: P/CL012_FED_D001**

Grado/Máster en	**Curso**	**Nombre asignatura y código:**
Profesor/a		
Fecha examen	**Fecha revisión del examen**	
Fecha publicación calificaciones definitivas	**Lugar de publicación de las calificaciones definitivas**	
Estudiante (Apellidos y nombre)		**DNI**

Domicilio a efectos de comunicación		
C. Avda.	**nº**	**piso**
Localidad	**Provincia**	**C.P.**
e-mail	**Teléfono**	**Móvil**

MOTIVOS DE LA RECLAMACIÓN

No estar conforme con la calificación obtenida (por favor, explique las razones y aporte toda la documentación que estime oportuna) .

Si necesita más espacio, por favor, use la otra cara del formulario

FIRMA DEL ESTUDIANTE

En Badajoz, a _____ de _____ de _____

SR. DECANO FACULTAD DE EDUCACIÓN. UEX. BADAJOZ