UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA	PROCESO DE GESTIÓN DE RECLAMACIONES. FACULTAD DE EDUCACIÓN y PSICOLOGÍA	
	EDICIÓN:03	**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)

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