

**SOLICITUD DE RECLAMACIÓN A LA CALIFICACIÓN DE LA CONVOCATORIA**

APELLIDOS Y NOMBRE		D.N.I.
TELÉFONO	E-MAIL	
DOMICILIO POSTAL		
TITULACIÓN GRADO EN ENFERMERÍA		CURSO
NOMBRE DE LA MATERIA		CÓDIGO

**PRUEBA DE EVALIACIÓN**

CALIFICACIÓN INICIAL	NOMBRE DEL PROFESOR/A
----------------------	-----------------------

**REVISIÓN**

FECHA DE LA REVISIÓN	NOMBRE DEL PROFESOR/A
----------------------	-----------------------

CALIFICACIÓN DESPUÉS DE LA REVISIÓN

Solicito la revisión de mi calificación al amparo del artículo 37 y ss. del *Reglamento sobre evaluación, calificación y calidad de la docencia y del progreso de aprendizaje del estudiantado* de la *Universidade de Vigo*.

Vigo a,

Firma:

En caso de desacuerdo con cualquiera de las calificaciones obtenidas el estudiantado tiene derecho a solicitar ante la dirección del centro, en un plazo de diez días hábiles, contados desde la fecha de publicación de las calificaciones definitivas, en el caso de las pruebas de evaluación continua o desde lo cierre de actas, en el supuesto de cualificación final, una segunda evaluación ante un tribunal. Para poder ejercer este derecho es necesario que la/el estudiante acudiera previamente a la revisión de la prueba o de la evaluación.

Aspectos concretos y detallados de la prueba de evaluación con los que la/el alumna/o no está de acuerdo y, por lo tanto, desea reclamar. (Puede incluir más hojas si las necesita)

Vigo a,

Firma:

Para cada uno de los aspectos anteriores, indicar de forma justificada el motivo del desacuerdo con la calificación obtenida después del proceso de revisión. (Puede incluir más hojas si las necesita)

Vigo a,

Firma:

**SR. DIRECTOR DE LA ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERIA POVISA**