

**DESACUERDO CON LA RESOLUCIÓN DADA POR EL CENTRO A LA
SOLICITUD DE REVISIÓN DE LA NOTA FINAL
DE FECHA _____**

El alumno/a:

Curso y ciclo formativo:

O sus representantes legales, recibida la respuesta del centro a la solicitud de revisión de nota final con fecha, muestra su desacuerdo con la decisión adoptada por el centro integrado respecto a la modificación realizada o a la ratificación de la calificación final y solicita al Director del Centro integrado que eleve la reclamación al Director del Servicio Provincial de Educación.

Módulo, unidad formativa o curso sobre el que se reclama:

Profesor/a que lo imparte :

Departamentos o coordinador de la acción formativa (a cumplimentar por el Centro):

Alegaciones para justificar la disconformidad con la decisión adoptada respecto a la revisión de nota final:

Nuevas alegaciones del alumno si las hubiera (Documentos que desea aportar, si ha lugar, a esta solicitud):

Fecha y firma del alumno/a y sus representantes



**SOLICITUD A DIRECCIÓN PROVINCIAL
DE REVISIÓN DE LA NOTA FINAL**

AL DIRECTRO DEL C.P.I.F.P. PIRÁMIDE