

**Solicitud de REVISIÓN DE EXAMEN**  
**Prueba de Acceso a Enseñanzas Elementales 2º  3º  4º**   
**para el curso 20\_\_ -20\_\_ .**

• **Datos del alumno**

Apellidos:		Nombre:	
Fecha de nacimiento:     /     /		Edad:	
Instrumento/Asignatura:			
Tel. fijo:		Tel. móvil:	
Email ( <i>Manuscrito en MAYÚSCULA</i> ):			

El abajo firmante solicita revisión del examen realizado el día \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_ a las \_\_\_\_\_ horas.

• **Miembros del Tribunal**

Presidente: \_\_\_\_\_

Secretario: \_\_\_\_\_

Vocal: \_\_\_\_\_

Motivo:

En Móstoles a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_ 20\_\_

Fdo. Padre  Madre  Tutor  Alumn@

Sus datos serán incorporados al fichero titularidad del Conservatorio Profesional de Música Rodolfo Halffter de Móstoles con la finalidad de proteger los datos con arreglo a la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Para el ejercicio de sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, puede dirigirse al propio Centro sito en C/ Canarias, 10 (Posterior) o por correo electrónico a [conservatorio@ayto-mostoles.es](mailto:conservatorio@ayto-mostoles.es).