

Solicitud de REVISIÓN DE EXAMEN
Prueba de acceso a Enseñanzas Profesionales
1º 2º 3º 4º 5º 6º
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

C/ Canarias, 10 (Posterior). 28931 Móstoles (Madrid).
Teléfono: 91 664 76 90 – Fax: 91 664 76 70

Contacto por email a través del Buzón del Ciudadano (margen superior derecho de la web)
<http://www.ayto-mostoles.es/mostoles/cm/Conservatorio>