



XUNTA
DE GALICIA

CONSERVATORIO
SUPERIOR DE MÚSICA
DA CORUÑA



C S M
CONSERVATORIO SUPERIOR
DE MÚSICA DA CORUÑA

IMPRESO RECLAMACIÓN CUALIFICACIÓNS

APELIDOS: _____ NOME _____

DNI: _____ TELÉFONO: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

ENDEREZO: _____ Nº.: _____ PISO: _____ C.P. : _____

LOCALIDADE: _____ PROVINCIA: _____

ESPECIALIDADE E ITINERARIO: _____ CURSO: _____

Solicita revisión da cualificación en:

☐ Probas de acceso. Especialidade/Itinerario

Probas finais:

☐ Convocatoria ordinaria. Disciplina e cuatrimestre

☐ Convocatoria extraordinaria. Disciplina e cuatrimestre

☐ Traballo fin de estudos. Especialidade/Itinerario

Solicita revisión pola seguinte circunstancia:

☐ Inadecuación da proba proposta ou dos instrumentos de avaliación aplicados en relación cos obxectivos e contidos da disciplina.

☐ Incorrecta aplicación dos criterios de avaliación establecidos na programación didáctica.

OBSERVACIÓNS: _____

A Coruña, _____ de _____ de 20 ____

Sinatura: