

COGNOMS:		
NOM:	DNI, NIE o passaport:	
Carrer:	Núm.:	Pis:
Codi postal:	Municipi:	
Correu electrònic:		Telèfon:
Any acadèmic:		<b>Idioma:</b>
<p>Si sou alumnat <b>oficial</b>, indiqueu:</p> <p><b>Professor/a:</b> _____ <b>Grup (horari i aula):</b> _____</p> <p><input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> B2</p> <p><input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> C1 (alemany, anglès, català, espanyol, francès i italià)</p> <p><input type="checkbox"/> B1.1 <input type="checkbox"/> C2.1 (anglès)</p> <p><input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> C2 (anglès i català)</p> <p>Si sou candidat/a <b>lliure</b>, indiqueu:</p> <p><input type="checkbox"/> Nivell Intermedi B1 <input type="checkbox"/> Nivell Avançat C1</p> <p><input type="checkbox"/> Nivell Intermedi B2 <input type="checkbox"/> Nivell Avançat C2</p>		

EXPOSA:

---



---



---



---



---



---



---



---

SOL·LICITA a la direcció:

Que se li revisi el seu examen/l'avaluació a efectes de possibles modificacions en la seva qualificació.

Barcelona, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_