

SOLICITUD DE REVISIÓN DE CALIFICACIÓN

Curso académico:

MÁSTER:	Código:	Nombre:
ASIGNATURA (1):	Código:	Nombre:
CONVOCATORIA:		

DATOS DEL ESTUDIANTE

Apellidos:			
Nombre:		DNI/Pasaporte:	
Domicilio:		Provincia:	CP:
Correo electrónico:		Teléfono:	

EXPONE (Razones académicas que motivan su solicitud)

Toda revisión de calificación deberá ser solicitada por escrito en este formulario, dirigido mediante correo electrónico al Equipo Docente de la asignatura con copia a gestion.master@uimp.es. No se admitirá solicitud de revisión de calificación alguna que esté fundada en razones ajenas a criterios estrictamente académicos.

La petición podrá realizarse en el plazo de 7 días naturales contados a partir de la fecha de publicación de las notas en la Secretaría virtual de la UIMP o por el procedimiento establecido en el que se den a conocer las calificaciones de las distintas asignaturas.

En , a de de 20

Fdo.: D. /D.ª. _____
Firma del interesado/a

(1) Deberá rellenar una solicitud por cada asignatura. Las solicitudes deberán rellenarse de forma individual no aceptándose revisiones solicitadas de forma colectiva por varios alumnos.

EQUIPO DOCENTE DE LA ASIGNATURA

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS	
RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO	Universidad Internacional Menéndez Pelayo Vicerrectorado de Posgrado, Investigación y Formación Permanente
FINALIDAD	Tramitación de su solicitud y el mantenimiento de la relación administrativa establecida con usted
LEGITIMACIÓN	El cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos conferidos al responsable del tratamiento
DESTINATARIOS	Entidades colaboradoras, al Ministerio de Universidades y al Consejo de Universidades.
DERECHOS	Acceso, rectificación, oposición y supresión de los datos, así como otros derechos. derechos@uimp.es
INFORMACIÓN ADICIONAL	www.uimp.es/transparencia/registro-actividades-tratamiento-uimp.html

ACTA DE EVALUACIÓN DE REVISIÓN DE CALIFICACIÓN

Curso académico:

MÁSTER:		
ASIGNATURA:	Código:	Nombre:
CONVOCATORIA:		

DATOS DEL ESTUDIANTE

Apellidos:	
Nombre:	DNI/NIE/Pasaporte:

Una vez valorada la solicitud de revisión de calificación presentada por el estudiante de referencia, el Equipo Docente de la asignatura,

RESUELVE:

☐ Mantener la calificación del profesor. Motivación:

--

☐ Modificar la calificación del profesor. Motivación:

--

DNI/NIE	NOMBRE DEL ESTUDIANTE	NOTA (NUM.)	CALIFICACIÓN

Lo que pone en conocimiento del solicitante y del Vicerrectorado de Posgrado, Investigación y Formación Permanente de la UIMP para su anotación en el expediente del estudiante y comunicación al interesado.

Ante esta resolución el estudiante puede recurrir, solicitando al Vicerrectorado de Posgrado, Investigación y Formación Permanente, en el formulario establecido, la formación de la Comisión de Revisión de calificación en el plazo de 5 días naturales siguientes a la recepción de esta resolución. La presentación de esta solicitud no impide la inclusión en Actas de las calificaciones obtenidas tras esta primera revisión.

En _____, a _____ de _____ de 20__

Fdo.: D. /D.ª. _____
EQUIPO DOCENTE DE LA ASIGNATURA

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS	
RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO	Universidad Internacional Menéndez Pelayo Vicerrectorado de Posgrado, Investigación y Formación Permanente
FINALIDAD	Tramitación de su solicitud y el mantenimiento de la relación administrativa establecida con usted
LEGITIMACIÓN	El cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos conferidos al responsable del tratamiento
DESTINATARIOS	Entidades colaboradoras, al Ministerio de Universidades y al Consejo de Universidades.
DERECHOS	Acceso, rectificación, oposición y supresión de los datos, así como otros derechos. derechos@uimp.es
INFORMACIÓN ADICIONAL	www.uimp.es/transparencia/registro-actividades-tratamiento-uimp.html