

## SOLICITUD DE RECLAMACIÓN DE LA PRUEBA DE ACCESO A LA UNIVERSIDAD (SELECTIVIDAD)

NOMBRE  N.I.F.

DOMICILIO  LOCALIDAD

C.POSTAL  CORREO E.  MÓVIL

CENTRO DE BACHILLERATO

**SOLICITA** la reclamación de los exámenes que se relacionan a continuación por las razones que se indican:

**MATERIA A REVISAR:**

**Motivos:**

**MATERIA A REVISAR:**

**Motivos:**

**MATERIA A REVISAR:**

**Motivos:**

**MATERIA A REVISAR:**

**Motivos:**

**MATERIA A REVISAR:**

**Motivos:**

**MATERIA A REVISAR:**

**Motivos:**

- Quedo informado/a de que conozco los plazos de resolución de este procedimiento, así como que la falta de resolución expresa al respecto durante dichos plazos deberá ser entendida como desestimatoria.
- Quedo informado/a de que la comunicación se efectuará mediante publicación en los tabloneros de anuncios y/o a través de la página Web del Área de Estudiantes.
- También quedo informado/a de que mis datos personales quedarán incorporados a los ficheros existentes en la Universidad Pablo de Olavide, que los utilizará de acuerdo con lo establecido en la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal.

Sevilla, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma del interesado/a

**SR. PRESIDENTE DE LA COMISIÓN ORGANIZADORA DE LA PRUEBA DE ACCESO A LA  
UNIVERSIDAD (SELECTIVIDAD), DE LA UNIVERSIDAD PABLO DE OLAVIDE**

## SOLICITUD DE RECLAMACIÓN DE LA PRUEBA DE ACCESO A LA UNIVERSIDAD (SELECTIVIDAD)

NOMBRE  N.I.F.

DOMICILIO  LOCALIDAD

C.POSTAL  CORREO E.  MÓVIL

CENTRO DE BACHILLERATO

**SOLICITA** la reclamación de los exámenes que se relacionan a continuación por las razones que se indican:

**MATERIA A REVISAR:**  
**Motivos:**

**MATERIA A REVISAR:**  
**Motivos:**

**MATERIA A REVISAR:**  
**Motivos:**

**MATERIA A REVISAR:**  
**Motivos:**

**MATERIA A REVISAR:**  
**Motivos:**

**MATERIA A REVISAR:**  
**Motivos:**

- Quedo informado/a de que conozco los plazos de resolución de este procedimiento, así como que la falta de resolución expresa al respecto durante dichos plazos deberá ser entendida como desestimatoria.
- Quedo informado/a de que la comunicación se efectuará mediante publicación en los tabloneros de anuncios y/o a través de la página Web del Área de Estudiantes.
- También quedo informado/a de que mis datos personales quedarán incorporados a los ficheros existentes en la Universidad Pablo de Olavide, que los utilizará de acuerdo con lo establecido en la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal.

Sevilla, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma del interesado/a

**SR. PRESIDENTE DE LA COMISIÓN ORGANIZADORA DE LA PRUEBA DE ACCESO A LA  
UNIVERSIDAD (SELECTIVIDAD), DE LA UNIVERSIDAD PABLO DE OLAVIDE**