

**SOLICITUD DE RECLAMACIÓN DE LA PRUEBA DE  
ACCESO A LA UNIVERSIDAD PARA MAYORES DE 45 AÑOS**

**APELLIDOS**

**NOMBRE**

**D.N.I.**

**TELÉFONO FIJO**

**TELÉFONO MOVIL**

**DOMICILIO**

**LOCALIDAD**

**SOLICITA:** La revisión de la calificación obtenida en el/los ejercicio/s, realizados en la Prueba de Acceso a la Universidad para Mayores de 45 Años que se relacionan a continuación y por los motivos que se exponen.

<p><b>Materia a revisar:</b> .....</p> <p><b>MOTIVOS:</b></p>	<p><b>Materia a revisar:</b> .....</p> <p><b>MOTIVOS:</b></p>
---	---

- ⇒ 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 el Tablón electrónico oficial de la Universidad Pablo de Olavide de Sevilla.

Sevilla a.....de.....de.....

(Firma del interesado/a)

**SR/A PRESIDENTE/A DEL TRIBUNAL ÚNICO DE LA PRUEBA DE ACCESO A LA UNIVERSIDAD  
PARA MAYORES DE 45 AÑOS DE LA UNIVERSIDAD PABLO DE OLAVIDE DE SEVILLA**