

CPM SABIÑÁNIGO

SOLICITUD DE RECLAMACIÓN A LOS LISTADOS PROVISIONALES DE ADMITIDOS PARA LAS PRUEBAS DE ACCESO

Rellenar en caso de alumnado mayor de edad		
D. /D ^a .	con DNI:	
:	Teléfono de contacto:	Correo electrónico:
Rellenar en caso de alumnado menor de edad		
D.	con DNI:	
En calidad de padre/madre/tutor de la menor/del menor		
Nombre y apellidos:		
Teléfono de contacto:	Correo electrónico:	

SOLICITO

- Adjunto documentación acreditativa

Especificar la documentación aportada

En _____, a _____ de _____ de 202

Firmado:

A/A SRA. DIRECTORA DEL CPM SABIÑÁNIGO

