

Castelló de la Plana a _____ de _____ de 2025

FORMULARI DE SOL·LICITUD DE REVISIÓ PRESENCIAL DE LES QUALIFICACIONS DE LES PROVES LLIURES 2024

L'alumne/a _____ amb

DNI _____ matriculat al Cicle Formatiu:

_____ sol·licita la revisió de l'exàmen de les proves lliures del
mòdul:

La revisió presencial tindrà lloc:

AUXILIAR D'INFERMERIA		
DIA	HORA	LLOC
15 GENER	14:00	TALLER D'INFERMERIA 1 (2n pis)
EMERGÈNCIES		
DIA	HORA	LLOC
15 GENER	14:00	EXTERIOR 3 (AL PATI)
FARMÀCIA I PARAFARMÀCIA		
DIA	HORA	LLOC
15 GENER	14:00	AULA 207 (2n PIS)

Signat:

Nom/Cognoms _____

Castellón de la Plana a _____ de _____ de 2025

FORMULARIO DE SOLICITUD DE REVISIÓN PRESENCIAL DE LAS CALIFICACIONES DE LAS PRUEBAS LIBRES 2024.

El alumno/a _____ con
DNI _____ matriculado en las pruebas libres del Ciclo Formativo

solicita la revisión del examen de las pruebas libres del modulo

La revisión presencial tendrá lugar:

AUXILIAR DE ENFERMERÍA		
DIA	HORA	LUGAR
15 ENERO	14:00	TALLER DE ENFERMERÍA 1 (2º piso)
EMERGENCIAS		
DIA	HORA	LUGAR
15 ENERO	14:00	EXTERIOR 2 (en el patio)
FARMACIA Y PARAFARMACIA		
DIA	HORA	LUGAR
15 ENERO	14:00	AULA 207 (2º piso)

Firmado:

Nombre y apellidos _____