



IES Ciudad de los Ángeles  
Código de centro: 28037016



Dirección del Área Territorial de Madrid Capital

CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN,  
JUVENTUD Y DEPORTE



**Comunidad de Madrid**

## DOCUMENTO 1

### SOLICITUD DE REVISIÓN DE CALIFICACIÓN AL PROFESOR DE LA ASIGNATURA

**Asignatura:** \_\_\_\_\_

**Impartida por el profesor/a D/D<sup>a</sup>:** \_\_\_\_\_

**El alumno/a:** \_\_\_\_\_

**del curso :** \_\_\_\_\_ **Grupo:** \_\_\_\_\_

**Teléfonos de contacto:** Alumno : \_\_\_\_\_

Padre : \_\_\_\_\_ y Madre: \_\_\_\_\_

**Correo electrónico:** \_\_\_\_\_

### SOLICITA:

Que la calificación otorgada sea revisada atendiendo a lo siguiente:  
(marcar lo que corresponda)

- Inadecuación de la prueba propuesta al alumno/a a los objetivos y contenidos de la materia sometida a evaluación y al nivel previsto en la programación por el órgano didáctico correspondiente.
- Incorrecta aplicación de los criterios de evaluación establecidos.
- Notable discordancia entre la calificación final y las parciales otorgadas anteriormente.
- Otros motivos (especificar):

Madrid a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

**Firma del alumno/a:**

Fdo.: \_\_\_\_\_