



UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA
CENTRO UNIVERSITARIO DE MÉRIDA

CUMe
FORMULARIO DE RECLAMACIONES

D./Dña.

Con DNI/NIE

Domicilio:

Localidad

Código Postal

Email:

Tel. Fijo

Tel. Móvil

Titulación a la que pertenece

Nombre de la asignatura:

EXPONE

Que:

Por ello solicita que, teniendo en cuenta lo anterior

En

a

de

de 20

Fdo:

SR. DIRECTOR DEL CENTRO UNIVERSITARIO DE MÉRIDA.