**REMISIÓN DE REVÁLIDAS**

CENTRO EDUCATIVO:

FECHA DE SOLICITUD:

CURSO: ORIENTACIÓN: PLAN: GRADO/SEMESTRE:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NOMBRE Y APELLIDO | C.I. | ESTUDIOS PREVIOS | REVÁLIDA QUE SOLICITA | | |
| 1º | 2º | 3º |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

USO EXCLUSIVO DE REVÁLIDAS-REPAG:

Firma de la Dirección Escolar