

**Solicitud de revisión de examen para obtención de carnés profesionales**

**1.- Datos del interesado:**

Nombre					Apellidos					
NIF					Fecha de nacimiento					
Dirección	Tipo vía				Nombre vía				Nº	
Piso		Puerta		CP		Localidad			Provincia	
País					Correo electrónico					
Teléfono Fijo					Teléfono Móvil				Fax	

**2.- Datos de el/la representante:**

Nombre					Apellidos					
NIF					Fecha de nacimiento					
Dirección	Tipo vía				Nombre vía				Nº	
Piso		Puerta		CP		Localidad			Provincia	
País					Correo electrónico					
Teléfono Fijo					Teléfono Móvil				Fax	

**3.- Medio de notificación:**

<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a de forma telemática (sólo para usuarios dados de alta en el Sistema de Notificaciones Telemáticas de la Comunidad de Madrid)										
<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a por correo certificado										
	Tipo de vía					Nombre vía				Nº	
	Piso		Puerta		CP		Localidad			Provincia	

**4.- Datos del examen:**

Tipo de examen (especialidad)										
Fecha de examen										
Motivos de la solicitud de revisión										

En \_\_\_\_\_, a..... de..... de.....

<b>FIRMA</b>

<b>DESTINATARIO</b>	
---------------------	--