

No.AC-021

SOLICITUD DE EXAMEN DE REHABILITACIÓN

Por este medio, certificamos que se ha recibido en Secretaría Académica solicitud para realizar Examen de Rehabilitación

Fecha de Solicitud: Sede: David **Cuatrimestre:** II CUATRIMESTRE

Nombre: Rosa Marcusi **Cédula:** 4-798-910

Correo electrónico: rosa.marcusi@oteima.ac.pa

Facultad: Carrera: Profesorado en Educación Preescolar

Turno: Dominical **Teléfono:** 66565452

Nombre de la Asignatura	Código de Asignatura	Docente	Calificación Obtenida
Español 2	6907	Mirna cepeda	65

Observación : La calificación obtenida en el examen de rehabilitación será sumada a la calificación anterior, para obtener la Calificación Final que necesita el estudiante para aprobar el curso. Solo se permite un examen de rehabilitación por curso.

Firma del Estudiante: _____

Recibido por: _____ **Fecha:** _____

Nota: No se aplicarán exámenes de rehabilitación que no hayan sido cancelados en Caja ni cuenta con la debida aprobación del Coordinador de la carrera y de Secretaría Académica

PARA SER LLENADO POR SECRETARÍA ACADÉMICA:

Profesor del Curso	Fecha del Examen	Firma del Coordinador
_____	_____	_____

Aprobado por: _____

Fecha de Aprobación: _____