

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