

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: Santiago **Cuatrimestre:** II CUATRIMESTRE

Nombre: cesar Rodríguez **Cédula:** 9-766-1739

Correo electrónico: cesar.rodriguez@oteima.ac.pa

Facultad: Carrera: Técnico en Administración Agropecuaria

Turno: Nocturno **Teléfono:** 64514719

Nombre de la Asignatura	Código de Asignatura	Docente	Calificación Obtenida
contabilidad basica	3258	enilda de leon	66

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: _____