

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:** I CUATRIMESTRE

Nombre: Maxwell Iezcano **Cédula:** 4-827-2073

Correo electrónico: aron22nt@gmail.com

Facultad: Carrera: Licenciatura en Informática c/e en Ciberseguridad

Turno: Nocturno **Teléfono:** 67202171

Nombre de la Asignatura	Código de Asignatura	Docente	Calificación Obtenida
Software aplicado	INF120	Cristel Santamaría	61

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: _____