

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 santamaria	60,97

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