



No.AC-020

**SOLICITUD DE EXAMEN DE SUFICIENCIA ACADÉMICA**

**Por este medio, certificamos que se ha recibido en Secretaría Académica solicitud para realizar el siguiente Examen de Suficiencia Académica:**

Fecha de Solicitud: Sede: David Cuatrimestre: Selecciona Cuatrimestre

Nombre: Lucesita Calvo Cédula: 4-271-240

Correo electrónico: alma192011@hotmail.com

Facultad: Agropecuaria Carrera: Maestría en Agronegocios

Turno: Dominical Teléfono: 6952 4612

Motivos que sustentan la aplicación del Examen de Suficiencia Académica Requisito para obtener el diploma de maestria

**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 las Autoridades Académicas**

**PARA SER LLENADO POR EL DEPARTAMENTO ACADÉMICO:**

Profesor Asignado	Fecha del Examen	Firma del Coordinador
_____	_____	_____

Aprobado por: \_\_\_\_\_

Fecha de Aprobación: \_\_\_\_\_