



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: II CUATRIMESTRE

Nombre: Joel Pino Cédula: 4-744-1190

Correo electrónico: joelpino682@gmail.com

Facultad: Agropecuaria Carrera: Maestría en Agronegocios

Turno: Dominical Teléfono: +50764680041

Motivos que sustentan la aplicación del Examen de Suficiencia Académica ingles, necesario para egresar

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: _____