



SOLICITUD DE REVISIÓN ACADÉMICA
No.AC-033

Fecha de Solicitud: 22 septiembre, 2024 Sede: Santiago Cuatrimestre: Selecciona Cuatrimestre

Nombre del Estudiante: Nelly Rivera Cédula: 9-732-1105

Carrera cursada: Especialización en Docencia Superior

Título Solicitado: Especialización y Maestría en Docencia Superior

PARA USO DE SECRETARÍA ACADÉMICA

Observaciones Generales del Estudiante: _____

Promedio al momento de la revisión: _____

Índice académico al momento de la revisión: _____

Estoy de acuerdo con la Revisión de Créditos: SI ____ NO ____

Firma del Estudiante: _____

Fecha de revisión de Créditos: _____

Revisado por: _____

Aprobado por: _____

Observaciones: _____