



Año Académico _____ - _____ Semestre _____

SOLICITUD PARA REPETIR CURSOS CON "C"

Nombre (en letra de molde) _____

Programa _____

Número de Estudiante _____

Solicito se me permita repetir el curso _____, tomado el _____ semestre del año académico _____.

Razón: _____

Firma del Estudiante

Fecha de la Solicitud

PARA SER COMPLETADO POR EL DIRECTOR DEL DEPARTAMENTO DEL PROGRAMA

No está matriculado ni ha tomado un curso de nivel superior a éste.

Tomó o está matriculado en un curso de nivel superior a éste.

Recomendación: Favorable Desfavorable

Firma

Fecha

Observaciones: _____

Endoso del Director/a del Departamento que Ofrece el Curso

Recomendación: Favorable Desfavorable

Firma

Fecha

Observaciones: _____

Endoso del Decano/a de Asuntos Académicos

Recomendación: Favorable Desfavorable

Firma

Fecha

Observaciones: _____

Registrador/a - Original Copia- Decano/a de Asuntos Académicos - Director/a de Departamento - Estudiante