

Fecha: ____ / ____ / ____.

SOLICITUD PARA REPOSICIÓN DE EXÁMENES

Carné	Nombre	I Apellido	II Apellido	Carrera
				<input type="checkbox"/> Ingeniería Industrial <input type="checkbox"/> Ingeniería Mecánica <input type="checkbox"/> Diseño Gráfico

DATOS DEL EXÁMEN DE REPOSICIÓN						
Sigla	Curso	Grupo	Nombre del Profesor	El examen corresponde a:	Fecha de reprogramación	Hora de reprogramación
				<input type="checkbox"/> I Parcial <input type="checkbox"/> II Parcial <input type="checkbox"/> III Parcial		

Explique brevemente por qué motivo debe de reponer el examen (si se debe a algún choque con otra evaluación complete los datos que aparecen en la siguiente tabla. Si el motivo es enfermedad debe presentar un certificado médico):

Firma del Docente

Firma del estudiante

VISTO BUENO
Coordinación de Carrera

DATOS DEL EXAMEN QUE APLICARÁ (EN CASO DE CHOQUE DE EXÁMENES)						
Sigla	Curso	Grupo	Nombre del Profesor	El examen corresponde a:	Fecha de reprogramación	Hora de reprogramación
				<input type="checkbox"/> I Parcial <input type="checkbox"/> II Parcial <input type="checkbox"/> III Parcial		

Firma del Docente

Firma del estudiante

VISTO BUENO
Coordinación de Carrera