

UNIVERSIDAD ESPECIALIZADA DE LAS AMÉRICAS

SECRETARIA GENERAL

SOLICITUD DE REVISIÓN DEL EXAMEN SEMESTRAL

(USE LETRA IMPRENTA)

NOMBRE DEL SOLICITANTE

CEDULA

SEMESTRE: _____ AÑO DE LA CARRERA: _____ AÑO ACADÉMICO: _____

NOMBRE DEL PROFESOR

FIRMA DEL PROFESOR

NOMBRE DE LA ASIGNATURA: _____

Nº DE GRUPO _____ TURNO: _____

CODIGO DE ASIGNATURA: _____ CODIGO DE HORARIO: _____

FECHA DEL EXAMEN: _____ EN QUE GRUPO LO HIZO: _____

FECHA DE LA REVISIÓN: ____/____/____ AUTORIZADO POR: _____
(Prof. De la Materia)

RECIBIDO POR: _____ FECHA: _____
(Por la Secretaría General)