



**SOLICITUD DE REPETICIÓN DE CURSO APROBADO CON C**

Nombre estudiante: \_\_\_\_\_ Num. Identificación: \_\_\_\_\_  
 Departamento: \_\_\_\_\_ Facultad: \_\_\_\_\_

| <b>CURSO(S) QUE DESEA REPETIR:</b>   |  |
|--|--|
|  |  |
|  |  |
| <b>RAZÓN (Marque solo una, la más importante)</b>  |  |
| Mejorar promedio para Estudios Graduados.  |  |
| Mejorar promedio de graduación   |  |
| Solicitar Traslado (Interno o externo)   |  |
| Curso Medular  |  |
| Curso Programa de Preparación de Maestros (Requisito del DE aprobar con A o B)                             |  |
| Fortalecer conocimientos y destrezas   |  |
| Solicitar Beca   |  |
| Fortalecer conocimientos y destrezas   |  |
| Mejorar promedio para Internado  |  |
| <b>Fecha límite para radicar esta solicitud: dos semanas antes del comienzo de selección de secciones.</b> |  |
| Firma del estudiante _____ Fecha _____   |  |

**RECOMENDACIÓN DEL DIRECTOR DE DEPARTAMENTO**

| Se recomienda                        | No se recomienda |
|--------------------------------------|------------------|
|                                      |                  |
| <b>Comentarios:</b>                  |                  |
|                                      |                  |
|                                      |                  |
| Firma del Director _____ Fecha _____ |                  |

**DECISIÓN DEL DECANO DE FACULTAD**

| Favorable                          | No favorable |
|------------------------------------|--------------|
|                                    |              |
| <b>Comentarios:</b>                |              |
|                                    |              |
|                                    |              |
| Firma del Decano _____ Fecha _____ |              |

