



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

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

Departamento: \_\_\_\_\_ Facultad: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico \_\_\_\_\_ Verano \_\_\_\_\_ 1er Semestre \_\_\_\_\_ 2do Semestre \_\_\_\_\_

<b>CURSO(S) QUE DESEA REPETIR:</b>		

**RAZÓN (Marque solo una, la más importante)**

Mejorar promedio para Estudios Graduados.	
Mejorar promedio de graduación	
Solicitar Traslado (Interno o externo)	
Curso Modular	
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	

**Fecha límite para radicar esta solicitud: dos semanas antes del comienzo de selección de secciones.**

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 _____	

