



SOLICITUD DE REPETICIÓN DE CURSO APROBADO CON C

Nombre estudiante: _____ Num. Identificación: _____

Departamento: _____ Facultad: _____

Correo Electrónico _____ Verano _____ 1er Semestre _____ 2do Semestre _____

CURSO(S) QUE DESEA REPETIR:		

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	
Comentarios:			
Firma del Director _____		Fecha _____	

DECISIÓN DEL DECANO DE FACULTAD

Favorable		No favorable	
Comentarios:			
Firma del Decano _____		Fecha _____	

