



NOVEDADES ACADÉMICAS

Facultad _____ Prog. y/o Depto. _____
 Fecha Día _____ Mes _____ Año _____ Período _____ 1 (A) _____ 2 (B) _____
 Nombre del Solicitante _____ Código _____
 N° Doc. de identidad _____ expedido en _____
 Correo electrónico _____ N° Teléfono y/o Celular _____
 Nombre Docente consejero _____

TIPO DE SOLICITUD: 1. Cancelación de Curso _____ 2. Cancelación Período Académico _____
 3. Rectificación Notas _____ 4. Otro _____ Cual? _____

N.	NOMBRE DEL CURSO	TIPO SOLICITUD	GRUPO	SUBGRUPO	No. DEL CURSO	Nota (en número y letra)	Certifico que el estudiante (marcar con una X)				FIRMA DOCENTE
							Ha asistido regularmente al curso		Se encuentra perdiendo el curso		
							SI	NO	SI	NO	
1											
2											
3											
4											
5											
6											

JUSTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD POR PARTE DEL USUARIO _____

 Firma Jefe de Programa

 Firma Estudiante Solicitante
 No. Doc. Identidad: _____

 V° B° Docente Consejero