

	SOLICITUD DE TRÁMITES	Código: F-AR-002	Versión: 01
		Página 1 de 1	Fecha: 15-01-2018

1. DATOS DEL ESTUDIANTE

Nombre y Apellidos			
Facultad			
Programa Académico			
Código Estudiante		Semestre	
Teléfono		Celular	

2. TIPO DE SOLICITUD

Marque con una X la solicitud requerida		
Cancelación de Asignaturas	<input type="checkbox"/>	
Validación	<input type="checkbox"/>	
Habilitación	<input type="checkbox"/>	
Diferido/Supletorio	<input type="checkbox"/>	
Corrección de nota	<input type="checkbox"/>	
Revisión de examen parcial	<input type="checkbox"/>	
Otro	<input type="checkbox"/>	¿Cuál?

Asignatura (s) Relacionada (s) con el trámite:

--

¿Anexa algún documento (s) a este formato? Si <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>
¿Cuáles? _____		

3. OBSERVACIONES O DETALLE DE LA SOLICITUD REALIZADAS POR EL ESTUDIANTE
--

--

Firma Estudiante			
-------------------------	--	--	--

Fecha Recepción de la solicitud:		Recibido por:	
---	--	----------------------	--

4. RESPUESTA A LA SOLICITUD

Señale con una X:	Aprobada		No Aprobada	
-------------------	-----------------	--	--------------------	--

Firma Decano / Coordinador de Programa:			
--	--	--	--

Docente asignado para atender la solicitud:			
--	--	--	--

OBSERVACIONES:			
-----------------------	--	--	--