



USAC

TRICENTENARIA

Universidad de San Carlos de Guatemala

CENTRO UNIVERSITARIO DE OCCIDENTE - CUNOC

División de Ciencias de la Salud. Carrera de Médico y Cirujano, Primer Año.

SOLICITUD DE REPOSICIÓN DE EVALUACIÓN PARCIAL

PRIMER AÑO, CARRERA DE MÉDICO Y CIRUJANO, Ciclo Académico 2025

Quetzaltenango ____ de ____ 2025

Ing. Pablo David Estrada González
Coordinador de Primer Año
Carrera de Médico y Cirujano
CUNOC.

Respetable Ing. Estrada:

Por este medio y con todo respeto solícito reposición de la _____ evaluación parcial del curso de: _____

Impartido por el docente: _____

que se realizó el día y fecha _____

no realice la evaluación por el motivo siguiente:

Mi expediente consta de:

- Primera página: Formulario Solicitud Reposición Parcial (tamaño oficio: no modificar formulario)
- Segunda página: Certificación Médica o documento Legal Original o Constancia de Bienestar estudiantil.
- Tercera página: Copia de DPI ampliado o Certificación de Nacimiento de Renap actualizada (6 meses a la fecha),
- Otro documento legal si fuera el caso

Esta solicitud será entregada en físico, secretaria Primer MyC., Año 2º nivel Edificio D, con los anteriores documentos para su análisis respectivo.

Nombre Completo: _____

Número de Registro Académico: _____

Número de Carné: (No. de DPI-CUI) _____

Número de Clave:

Sección y Grupo: _____

Teléfono:

Correo Electrónico Institucional _____

Firma del estudiante

