



**USAC**

TRICENTENARIA

Universidad de San Carlos de Guatemala

Centro Universitario de Occidente

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

# SOLICITUD DE REPOSICIÓN DE EVALUACIÓN PARCIAL VIRTUAL

Quetzaltenango \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2,021

Licda. Mirna Patricia Calderón, Coordinadora de Primer Año  
Carrera de Médico y Cirujano  
CUNOC.

Respetable Licda. Calderón:

Por este medio y con todo respeto solicito reposición virtual 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:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Envío escáner de mi constancia, (certificación médica o documento legal) así como escáner de DPI, etc.

Nombre Completo: \_\_\_\_\_

Número de Registro Académico: \_\_\_\_\_

Número de Carné: \_\_\_\_\_

Número de Clave: \_\_\_\_\_

Sección y Grupo: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico Institucional \_\_\_\_\_

Firma del (a) Estudiante: \_\_\_\_\_

Uso administrativo:

AUTORIZADO

NO AUTORIZADO

F)

(sello)

Licda. Patricia Calderón  
Coordinadora de Primer Año, Carrera de Médico y Cirujano