



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

Quetzaltenango _____ de _____ 2,019

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 examen extraordinario de la _____ evaluación
parcial del curso de: _____
Impartido por el docente: _____
que se realizó el día y fecha: _____, no me presenté a dicho
examen por el motivo siguiente: _____

Entrego mi constancia, (certificación médica o documento legal) así como fotocopia de mi carné.

Nombre Completo: _____

Número de Registro Académico: _____

Número de Carné: _____

Número de Clave: _____

Sección y Grupo: _____

Teléfono: _____

Correo Electrónico _____

Firma del (a) Estudiante: _____

Uso administrativo:

AUTORIZADO

NO AUTORIZADO

F)

(sello)

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