MODIFICACIONES (FS07)

Quito, _____ de _____ del_____

_____/ No. Matrícula _____

NOMBRES Y APELLIDOS

Carrera_____ Mención_____ Jornada: DIURNA ☐ NOCTURNA ☐

MODIFICACIÓN DE CALIFICACIÓN No._____

MATERIA (sigla) _____ PARALELO_____ Fecha registro calificación en sistema_____

Tipo de Evaluación: Control: ☐ Cátedra No. ☐ Examen Final ☐ Examen No Rendido ☐

Argumentos en que se basa la solicitud:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Calificación anterior_____ Nueva calificación_____

_____ _____ _____

NOMBRE DEL PROFESOR FIRMA FIRMA Y SELLO RECEPTOR

No. Cedula_____

_____ _____

FIRMA COORDINADOR FIRMA DE DIRECTOR DE COORDINACIÓN DOCENTE (POR EXCEPCION)

Nota: Toda modificación será aceptada hasta 5 días hábiles posteriores al último día de entrega de notas de cada evaluación especificado en el calendario académico. PARA EXAMEN FINAL O NO RENDIDO SERA 3 DIAS.

CERTIFICACIÓN DE RECIBO

Certifico que el día_____ mes_____ año_____, Secretaría Académica recepto la solicitud de modificación realizada por parte del (la) Docente _____

_____

FIRMA Y SELLO RECEPTOR