



**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE MEDICINA "LUIS RAZETTI"
CONTROL DE ESTUDIOS**



**PLANILLA DE SOLICITUD DE REINCORPORACIÓN
PERIODO LECTIVO 2018-02A
DATOS PERSONALES.**

APELLIDOS Y NOMBRES: _____ **C.I.No.** _____

TELF. DE HABITACIÓN: _____ **TELF..CELULAR:** _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

FECHA DE INGRESO: _____ **ÚLTIMO AÑO CURSADO:** _____ **AÑO EN QUE SE RETIRO:** _____

SE REINCORPORA DESPUES DE HABER CUMPLIDO SANCIÓN POR ARTÍCULO 6:

SI _____ NO _____

SOLICITÓ RETIRO FORMAL DEL ÚLTIMO PERIODO LECTIVO ANTE EL CONSEJO DE ESCUELA:

SI _____ NO _____

INDIQUE SI EN EL ÚLTIMO PERÍODO LECTIVO INSCRITO INCURRIÓ EN ARTÍCULO 3:

SI _____ NO _____

MOTIVO DEL RETIRO: _____

NÚMERO DE REINCORPORACIONES: _____

FIRMA DEL ESTUDIANTE: _____ **FECHA:** _____

PARA SER LLENADO EXCLUSIVAMENTE POR EL PERSONAL DE LA OFICINA DE CONTROL DE ESTUDIOS

OBSERVACIONES: _____

Receptor de Oficina de Control de Estudios: _____