

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE BIOANALISIS

CARACAS, _____ DE _____ DEL _____

CIUDADANO (A)

PROF. _____

DIRECTOR (A)

PRESENTE-

Tengo a bien dirigirme a usted en la oportunidad de solicitar mi retiro de la(s) asignatura(s) abajo indicada(s) en el presente semestre.

La causa por la cual realizo dicha petición es:

Nombres y Apellidos: _____ C.I.: _____ Periodo: _____

ASIGNATURAS INSCRITAS	CONDICION REG/ REP	CREDITOS	MATERIA A RETIRAR	FIRMA PROF. MATERIA A RETIRAR	FECHA PUBLICACION NOTA 1º PARCIAL

CREDITOS INSCRITOS: _____ A RETIRAR: _____ A CURSAR: _____

	DECISION	FECHA	OBSERVACION
COMISION CONTROL DE ESTUDIO			
CONSEJO DE ESCUELA			

SUSTENTO DE LA DECISION: _____

FIRMA DEL ESTUDIANTE: _____ FIRMA PROF. CONSEJERO: _____

RECIBIDO CONTROL ESTUDIO: _____ FECHA: _____

- A) Indique claramente todos los datos solicitados. Marque con una (x) las materias a retirar en la casilla correspondiente. Anexe recibo de cancelación del arancel y documentación explicativa si es el caso.