



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



PLANILLA DE SOLICITUD DE REINCORPORACIÓN
PERIODO LECTIVO 2015-02A

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: _____