



Rif. J-00012255-5

SOLICITUD PARA RECUPERACIÓN DE CLASES

Fecha: ___ / ___ / ____

Lic. Tiziana Mónica Polesel Taurchini
Directora
Presente.-

Profesor(a):
Cédula:
Indicador:
CRN:
Asignatura:

Conforme al acumulado de ____ horas de inasistencia, me dirijo a Ud. para comunicarle formalmente mí deseo de recuperar las clases de la siguiente manera:

Fecha	Desde	Hasta	# Horas	Aula

Para un total de: _____ horas

Firma del profesor(a)

Visto bueno de la dirección _____

Visto bueno del representante estudiantil _____

