



FORMULARIO PARA REINSTALACION

(El profesor tiene cinco (5) días a partir de la fecha de procesada la baja en Registraduría)

Yo, _____, solicito que se reinstale al

Nombre del Profesor(a)

_____ (ID _____) en la clase

Nombre y Apellidos del Estudiante

_____ que es de

Código: Dpto. y sección _____ Nombre del curso _____

_____ créditos, reinstalación a partir del _____.

Fecha _____

Comentarios: (Profesor llenar esta sección, compromiso del estudiante para cumplir con el curso.)

Firma del Profesor(a) Fecha _____

Firma del(la) Decano(a) o Director(a)

Uso Oficial – Oficina de Registraduría

_____ CAMS Fecha _____

_____ Notificado al Estudiante Firma _____