

***Solicitud de examen extraordinario***

Asunción,…….de……………..……de………

Señor:

Prof. Dr. José Félix Plans Perrotta

Director de la Carrera de Medicina

F.C.S. “Prof. Dr. Manuel Riveros”

Universidad Privada del Este – Sede Asunción

Presente.

Quien suscribe…………………….……………………………..………………con C.I.Nº:………….…………, alumno/a del …………..curso de la Carrera de Medicina, se dirige a usted a efectos de solicitar su aprobación para la inscripción a un examen extraordinario correspondiente a la siguiente asignatura:

Fecha propuesta por el estudiante………. /……….. /………….

En espera de una respuesta favorable, lo saludo muy atentamente.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del Estudiante

|  |
| --- |
|  |
| **Secretaria de Archivo**Firma y aclaraciónSello |

|  |
| --- |
|  |
| **Vo. Bo. Dirección de Carrera**Sello y firma |

Fecha propuesta por el docente:…………/………/………..
Fecha aprobada:…………../………../…………….

Observaciones:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_