Casa abierta al tiempo
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
Unidad Cuajimalpa

SOLICITUD DE REVISIÓN DE CALIFICACIÓN

FECHA	AÑO	MES	DÍA

TITULAR DE LA DIRECCIÓN DE DIVISIÓN

ME PERMITO SOMETER A SU CONSIDERACIÓN LA SIGUIENTE SOLICITUD, CONFORME A LO ESTABLECIDO EN EL ART. 95 DEL REGLAMENTO DE ESTUDIOS SUPERIORES

NOMBRE DEL ALUMNADO		MATRÍCULA

DIVISIÓN	POSGRADO	TRIMESTRE LECTIVO
	Doctorado en Ciencias Biológicas y de la Salud	25/Primavera

CLAVE DE UEA	NOMBRE DE LA UEA	GRUPO

	SE RECTIFICA LA CALIFICACIÓN	
	DE	DEBE SER
MOTIVO		

NOMBRE DEL PERSONAL ACADÉMICO	FIRMA	TELÉFONO
NOMBRE DEL PERSONAL ACADÉMICO	FIRMA	TELÉFONO
NOMBRE DEL PERSONAL ACADÉMICO	FIRMA	TELÉFONO

TITULAR DIRECCIÓN DE DIVISIÓN ACADÉMICA

FIRMA