

DEPARTAMENTO DE ADMISIONES Y REGISTRO ACADÉMICO
SOLICITUD CANCELACIÓN CURSO TIPO PRACTICA

FECHA SOLICITUD	DIA	MES	AÑO	PERIODO SOLICITUD	AÑO	SEMESTRE

NOMBRES Y APELLIDOS ESTUDIANTE	DOCUMENTO IDENTIDAD
PROGRAMA ACADÉMICO	SEDE

NOMBRES Y APELLIDOS DEL DOCENTE	NO. DCTO. IDENTIDAD

CODIGO CURSO	NOMBRE DEL CURSO	GRUPO

MOTIVO SOLICITUD CANCELACIÓN:

 FIRMA ESTUDIANTE
 No. Doc. Identidad”

 V.B. PROGRAMA ACADÉMICO

Con la firma de este documento certifico que conozco y acepto la normatividad del Reglamento Estudiantil vigente que regula los eventos de cancelación de cursos y me acojo a ella.

