



Universidad de San Carlos de Guatemala

Escuela de Ciencias Físicas y Matemáticas



Guatemala de de 2017

Señor xxxxxx
Jefe Departamento Física y/o Matemática
Escuela de Ciencias Físicas y Matemáticas
Universidad de San Carlos de Guatemala
Ciudad Universitaria

Señor xxxxxxxx

Por este medio, me permito solicitar **EXAMEN POR SUFICIENCIA** para el curso **Código** _____
Nombre _____

Así mismo hago constar que estoy enterado de lo dispuesto en el Reglamento de evaluación y promoción de los estudiantes de Pregrado de la Escuela, especialmente en lo relativo al Título XI "EXÁMENES POR SUFICIENCIA" (ver al dorso) y declaro que cumplo con lo estipulado en dicho reglamento.

Adjunto se servirá encontrar el recibo de pago por Q20.00 correspondiente al examen solicitado.

Nombre: _____
Carné: _____ Carrera: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____ Dirección electrónica: _____

Firma _____

Uso Interno

El Jefe del Departamento de Física y/o Matemática la Escuela de Ciencias Físicas y Matemáticas _____
De conformidad con la solicitud del estudiante arriba indicado autoriza el examen solicitado para realizarse:

Fecha: _____
Hora: _____
Lugar: _____

El docente deberá entregar el resultado a esta secretaría, ocho días después de realizada la prueba.