

SOLICITUD DE REPOSICIÓN DE EVALUACIÓN PARCIAL
PRIMER AÑO, CARRERA DE MÉDICO Y CIRUJANO, Ciclo Académico 2025

Quetzaltenango _____ de _____ 2025

Ing. Pablo David Estrada González
Coordinador de Primer Año
Carrera de Médico y Cirujano
CUNOC.

Respetable Ing. Estrada:

Por este medio y con todo respeto solicito reposición de la _____ evaluación parcial del
curso de: _____

Impartido por el docente: _____

que se realizó el día y fecha _____

no realice la evaluación por el motivo siguiente:

Mi expediente consta de:

- Primera página: Formulario Solicitud Reposición Parcial (tamaño oficio: no modificar formulario)
- Segunda página: Certificación Médica o documento Legal Original o Constancia de Bienestar estudiantil.
- Tercera página: Copia de DPI ampliado o Certificación de Nacimiento de Renap actualizada (6 meses a la fecha),
- Otro documento legal si fuera el caso

Esta solicitud será entregada en físico, secretaria Primer MyC., Año 2º nivel Edificio D, con los anteriores documentos para su análisis respectivo.

Nombre Completo: _____

Número de Registro Académico: _____

Número de Carné: (No. de DPI-CUI) _____

Número de Clave: _____

Sección y Grupo: _____

Teléfono: _____

Correo Electrónico Institucional _____

Firma del estudiante