



SOLICITUD LEVANTAMIENTO DE REQUISITOS

Nombre: .....

Carné: ..... Ciclo Lectivo: I \_ II \_ III \_ Año: \_\_\_\_\_

Carrera:.....

Correo electrónico.....

Teléfonos: Habitación.....Celular.....Otro.....

Requisito (s) a levantar		Curso (s) a matricular	
Sigla	Nombre Curso	Sigla	Nombre Curso

Justifique en forma clara y concisa porque solicita levantamiento de requisitos:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....Firma del estudiante.....Fecha:.....

Si necesita más espacio puede escribir detrás de la hoja

ESPACIO PARA USO DEL COORDINADOR (A) DE CARRERA

Después de realizado el estudio respectivo se resuelve:

Consultar el expediente del estudiante en el SAE

Aceptar el levantamiento de requisito ( )

Rechazar el levantamiento de requisito ( )

Firma y Visto Bueno del Coordinador(a)..... Fecha:.....



Firma y Visto Bueno del profesor del curso:..... Fecha:.....

Observaciones:.....  
.....  
.....

Licda. Roxana Salazar Bonilla, Directora .....

SI AUTORIZA ( ) NO AUTORIZA ( ) .....



**La solicitud debe presentarla al Coordinador de Carrera para que la analice en conjunto con el profesor del curso e indique si es posible autorizar la solicitud.**

**Debe justificar claramente por qué hace la solicitud.**

**El Director de la Sede es quien toma la decisión final de aprobar o no la solicitud.**

---

---

---