

DEPARTAMENTO DE CONTROL DE ESTUDIOS
Autorización de Modificación de Notas

Para ser llenado por el Docente
Información Personal

Cédula de identidad: V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	Nombres y Apellidos:
--	----------------------

Información Académica

P.N.F. O CARRERA DE LA UNIDAD CURRRICULAR: _____

UNIDAD CURRICULAR: _____ TURNO: _____

TRAYECTO: _____ MODULO: _____ SECCIÓN: _____ PERIODO: _____

M o t i v o d e l a M o d i f i c a c i ó n (L l e n e c o n l e t r a l e g i b l e y d e i m p r e n t a)

En este acto manifiesto de manera expresa y sin presión de ningún tipo el deseo propio de Modificar la Nota de la Unidad Curricular _____ del P.N.F. _____, al estudiante _____, portador de la cédula de identidad N° _____, por el motivo expuesto con anterioridad y hago constar que por medio de este acto, libero a la Universidad Politécnica Territorial del Norte del Estado Táchira "Manuela Sáenz" de cualquier responsabilidad referido a este caso.

NÚMERO DE EVALUACIONES/PONDERACIÓN PORCENTUAL								TOTAL Σ	NOTA DEFINITIVA (1-20)
1	2	3	4	5	6	7	8		
%	%	%	%	%	%	%	%	100%	

/ /	Firma del Docente	C.I.	Huella Dactilar Pulgar Derecho
Fecha de Solicitud de Modificación			

Coordinador(a) de P.N.F. o Carrera Firma y Sello	Secretario(a) U.P.T.N.T.M.S. Firma y Sello
---	---

Sólo para ser llenado por el funcionario de Control de Estudios

Recibido Por:	Fecha de Recepción	Sello y Firma del Jefe de Control de Estudios
---------------	--------------------	---

Requisitos: Para hacer valida esta solicitud es necesario que la modificación que se va a llevar a cabo se realice en el periodo siguiente como máximo de haberse suscitado el inconveniente y debe respaldarse con todos los argumentos posibles para su viabilidad, llenando todos los campos de este documento con caracter de obligatoriedad.