

RECALIFICACIÓN DE EVALUACIONES

1. DATOS GENERALES

DNI	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES COMPLETOS
CORREO	@uarm.pe		CELULAR

2. CONDICIÓN DE MATRÍCULA

 PREGRADO

 POSGRADO

3. UNIDAD

CARRERA PROFESIONAL	
MAESTRÍA	

Por la presente solicito la revisión de calificación de:

 PARCIAL

 TRABAJO

 FINAL

 PRÁCTICA CALIFICADA

 OTRO _____

Del siguiente curso:

N°	NOMBRE COMPLETO DEL CURSO	PROFESOR	SECCIÓN
1			
2			
3			

El motivo de mi solicitud es:

DOCUMENTOS QUE ADJUNTA: **(es obligatorio presentar la evaluación que desea recalificar)**

1	
2	
3	
4	

Firma del alumno

Pueblo Libre,

/ / 20

