

**SOLICITUD DE ACTA RECTIFICATIVA
ACTAS DE EXAMENES FINALES**

Código: FORM-ACAD

Versión: 1

Emisión: 14/02/2018

DEPARTAMENTO/MAESTRIA/CARRERA/PROGRAMA**DOCENTE**

APELLIDO/S	<input type="text"/>	NOMBRE/S	<input type="text"/>
N° LEGAJO	<input type="text"/>		

ACTA A RECTIFICAR

MATERIA	<input type="text"/>	N° ACTA	<input type="text"/>
----------------	----------------------	----------------	----------------------

*Motivo de rectificación¹:**** Fecha de Examen**

FIGURA EN ACTA	<input type="text"/>	FECHA VALIDA	<input type="text"/>
-----------------------	----------------------	---------------------	----------------------

*** Nombre de la materia**

FIGURA EN ACTA	<input type="text"/>
NOMBRE VALIDO	<input type="text"/>

*** Nota, instancia (regular/libre) o exclusión de alumnos****DOCUMENTACIÓN ADJUNTA** Anexo: Planilla de Alumnos_____
Firma del Solicitante_____
Firma y Aclaración/Sello
Dirección de
Departamento/Maestría/Carrera/Programa_____
Para uso de Mesa de Entradas

1 Completar todos los campos del motivo que corresponda