



Villa María, ____ de _____ de ____.

Por la presente solicito tengan a bien crear Mesa de Examen Especial de _____ del Ciclo Lectivo ____.

Carrera: _____

Cátedra: _____ de ____ año

Docente Titular: _____

Apellido y Nombres: _____ Legajo UTN Nº: _____

Teléfonos: _____ D.N.I. Nº: _____

e-mail: _____ Año de Ingreso: _____

Estoy en conocimiento de la reglamentación vigente en el “REGLAMENTO DE ESTUDIO”, inciso 6.2 referido a MESAS DE EXÁMENES ESPECIALES, la que acepto en todos sus términos.

Asimismo tomo conocimiento que la Mesa de Examen Especial se llevará a cabo en la última semana completa del mes y en la que no hubiere feriados incluidos, respetando el día y horario fijado por el Departamento.

Firma del Alumno _____

Utilizado por Departamento

Día y Horario del EXAMEN

El, _____ / _____ / _____ a las ____: ____ hs.
Nombre día

Firma y Sello Director Dpto.

Utilizado por Secretaría Académica

Autorizo a que se lleve a cabo la
Mesa de Examen Especial el día fijado por el Dpto.

Firma y Sello Secretaría Académica