

### CAMBIO DE CALIFICACIÓN

_____ Núm. Estudiante	_____ Apellidos y Nombre
_____ ( ) 1er. ( ) 2do. Semestre: Año Académico	
Verano: _____	
Curso: _____	Sección: _____
	Créditos: _____
Título: _____	
Razón del Cambio: _____ _____ _____ _____	
<b>CALIFICACIÓN INCORRECTA:</b> _____	<b>CALIFICACIÓN CORRECTA:</b> _____
_____ Firma del Profesor	_____ Fecha
_____ Firma del Director de Departamento	_____ Fecha
_____ Firma del Decano de Asuntos Académicos	_____ Fecha
<b>Procesado por:</b>	
_____ Funcionario Oficina de Registro	_____ Fecha

## **I N S T R U C C I O N E S**

1. Favor llenar el formulario con la información que le corresponde.
2. Firmar el formulario en el espacio que indica.
3. Incluir copia de los exámenes y Registro de notas.
4. Someter al Director de su Departamento su firma.
5. Someter al Decano de Asuntos Académicos para su firma.
6. La fecha límite será el último día de entrega de calificaciones del Semestre posterior al cual ofreció el curso.