**FACULTAD DE ………………………**

**Dr/Ing………………………………………………………………………………......**

**DECANO DE LA FACULTAD DE ………………………………………………….**

**FORMATO DE SOLICITUD PARA RENDIR EL EXAMEN DE GRACIA DE CARÁCTER COMPLEXIVO.**

1. **DATOS SOLICITANTE**

|  |
| --- |
| Apellidos: |
| Nombres: |
| Cédula de I.: |
| Estudiante de la carrera de: |
| Dirección de domicilio para notificaciones: |
| Correo electrónico: |
| Teléfono convencional: |
| Teléfono móvil: |

1. **PETICIONES**

|  |
| --- |
| Solicito se fije fecha y hora para rendir el examen de gracia, en vista de haber reprobado el examen teórico o teórico-práctico de carácter complexivo rendido con fecha día/mes/año. |
|  |
|  |
|  |

1. **DOCUMENTOS ANEXOS**

|  |
| --- |
| 1. Pago del arancel respectivo
 |
|  |
| 3. |
| 4. |
| 5 |
| 6. |

|  |
| --- |
| Nombre Estudiante |
| Firma y número de C.I.:   |
| Lugar y Fecha:  |