UNIVERSIDAD NACIONAL “HERMILIO VALDIZÁN”

HUÁNUCO – PERÚ

Imagen que contiene Logotipo

Descripción generada automáticamente

1.SOLICITO: EXAMEN DE SUBSANACIÓN DE LA ASIGNATURA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Autoridad a quién se dirige:

COORDINADORA DE LA SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE ENFERMERIA

3. Datos del usuario (Nombres y apellidos):

4. Docente, administrativo, alumno, egresado, bachiller, otros (especificar):

ALUMNA/O DE LA S.E.P. EN**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

5. DNI: 6. Teléfono fijo o celular:

***7. Domicilio del usuario (Av. Jr. calle, pasaje, urbanización, distrito, provincia y departamento:***

8. Correo Electrónico (EMAIL):

9. Fundamento del pedido:

A Ud. con el debido respeto me presento y expongo:

QUE HABIENDO DESAPROBADO EL CURSO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DE LA SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERIA EN\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CON LA NOTA DE \_ , DE LA ASIGNATURA MENCIONADA PREVIAMENTE, SOLICITO EXAMEN DE SUBSANACIÓN, PARA LO CUAL REALICÉ EL PAGO CORRESPONDIENTE DE MATRICULA CON:

* EL CÓDIGO N°\_\_\_\_\_\_\_\_
* DE FECHA / /2024

Y EL PAGO CORRESPONDIENTE DE CURSO DIRIGIDO CON:

* EL CÓDIGO N°\_\_\_\_\_\_\_\_
* DE FECHA / /2024

Huánuco,

10. Documentos que se adjuntan:

11. Lugar y Fecha:

* REPORTE DE NOTAS
* VOUCHER DE PAGO DE MATRICULA
* VOUCHER DE PAGO DE CURSO DIRIGIDO

12. Firma del usuario: