



Sistema Corporativo
Universidad Tecnológica de Santiago
Dirección de Registro Sede - Santiago
Tel. 809-582-7156 Ext. 233-234

F-750-009

Formulario de Solicitud: Autorización para Incluir en Lista de Clase, Examen Fuera de Fecha y Solicitud de Excusa

Matrícula: _____ Teléfono: _____ Fecha: ____/____/____

Nombre del estudiante: _____

Cédula o Pasaporte: _____ Correo Electrónico: _____

Autorización para Incluir en Lista de Clase

Nombre de la Asignatura	Clave y Grupo

Firma y Sello de Registro _____

Autorización para Examen Fuera de Fecha (Requiere pago en Tesorería)

Se le autoriza tomar el examen de:

Nombre de la Asignatura: _____ Clave: _____ Grupo: _____

Fecha oficial fue: ____/____/____, Este examen se impartirá en fecha: ____/____/____

Motivo de solicitud: _____

Firmas Profesor: _____ Director de Carrera: _____

Sello de Tesorería

Solicitud de Excusa

Clave, Asignatura y Horario	Profesor	Aula

Causa: _____
_____ Válido por _____ días

Firma del Estudiante

Firma del Director de Registro