



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

F-750-013

Formulario de Solicitud: Revisión Examen Final, Reclamación de Calificación
Búsqueda de Examen

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

Nombre del estudiante: _____

Cédula o Pasaporte: _____ Correo Electrónico: _____

Solicitud de Revisión de Examen Final (Requiere Pago en Tesorería)

Carrera: _____ Clave: _____ Cuatrimestre: _____

Nombre de la Asignatura: _____ Nombre del Profesor: _____

La puntuación obtenida es:

1er. Parcial	2do. Parcial	3er. Parcial	10%	Calificación	Equivalencia

¿Desea el Estudiante estar presente en la revisión? Sí No

Firma del Estudiante: _____ Sello de Tesorería: _____

Reclamación de Calificación

Carrera: _____ Clave: _____ Asignatura: _____

Profesor: _____ Teléfono: _____

Solicito que: _____

Documentos Depositados: _____

Firma del Estudiante: _____ Recibido por: _____

No escribir aquí: Uso exclusivo para el Director

Recomendaciones del Director: _____

Firma del Director de Registro: _____

Búsqueda de Examen

Clave de la asignatura			Cuatrimestre
Nombre de la asignatura			Nombre del Profesor

Sello de Tesorería