

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
 FACULTAD DE MEDICINA
 ESCUELA DE MEDICINA

PLANILLA CD001 - SOLICITUD DE REINCORPORACIÓN

| | | | |
|--|---------------------|-------------------------|--|
| Apellidos | | Nombres | |
| C. I. | Fecha de nacimiento | Lugar de nacimiento: | |
| Dirección: | | | |
| | | | |
| | | | |
| Carrera: | | Año o Semestre a cursar | |
| Modalidad: | | | |
| Justificación: (explique brevemente las razones que justifican su solicitud) | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Fecha | | Correo Electrónico | |

Anexo a la presente el interesado debe consignar los siguientes recaudos:

Fotocopia de la cedula de identidad.

Fotocopias de notas (récord académico emitidas por ORE-MEDICINA).

Carta motivo dirigida al Prof. Yorman Paredes Márquez / Coordinador Docente.

Planilla CD001 - Solicitud de Reincorporación

Cualquier otra comunicación o documento que considere y justifique su solicitud.

NOTA: Todos los documentos son obligatorios, evite que su proceso sea negado

NOTA: La recepción de la Planilla de Solicitud de Reincorporación por parte de la Coordinación Docente de la Facultad de Medicina- ULA, No implica la Aprobación de su Solicitud.

SOLO PARA USO INTERNO DE LA FACULTAD DE MEDICINA

| | |
|------------------------------|------------------------|
| Recibido por: | Recibido en fecha: |
| Proposición del coordinador: | |
| Fecha revisión: | Firma del Coordinador: |
| Observaciones | |