



Casa abierta al tiempo

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA**  
Unidad Lerma

## SOLICITUD DE RECTIFICACIÓN DE CALIFICACIÓN

FECHA  
DD/MM/AA

DIRECTOR (A) DE LA DIVISIÓN DE CIENCIAS  
BIOLOGICAS Y DE LA SALUD

ME PERMITO SOMETER A SU CONSIDERACIÓN LA SIGUIENTE SOLICITUD, CONFORME A LO ESTABLECIDO EN EL ART. 73, DEL REGLAMENTO DE ESTUDIOS SUPERIORES A NIVEL DE LICENCIATURA.

NOMBRE DEL ALUMNO		MATRICULA
DIVISIÓN	NOMBRE DE LA LICENCIATURA	TRIMESTRE LECTIVO
UEA	NOMBRE DE LA UEA	CLAVE DE GRUPO

TIPO DE EVALUACIÓN	GLOBAL	DE RECUPERACIÓN
SE RECTIFICA LA CALIFICACIÓN	DE	DEBE SER
MOTIVOS		

NOMBRE Y NÚMERO ECONÓMICO DE PROFESORES (AS)

NÚMRO DE ACTA

\*ZONAS SOMBRADAS EXCLUSIVAMENTE PARA LOS PROFESORES \*

FIRMA ALUMNO (A)

FIRMA PROFESOR (A)

FIRMA DIRECTOR (A)

T1 COORDINACIÓN DE SISTEMAS ESCOLARES

T2 DIRECTOR DE DIVISIÓN

T3 ALUMNO

T4 PROFESOR O PROFESORES