



REVISIÓN DE LA ASIGNACIÓN DEL SERVICIO DE:

Datos del Estudiante:

Form fields for student data: Primer Apellido, Segundo Apellido, Nombre, No. Carné, Nacionalidad, Cédula, Beca Asignada

Carrera que cursa: Nivel académico:

Correo electrónico:

Dirección exacta del estudiante en tiempo lectivo:

Form fields for student address: Provincia, Cantón, Distrito, Teléfono

Otras señas:

Dirección exacta del grupo familiar:

Form fields for family address: Provincia, Cantón, Distrito, Teléfono

Otras señas:

JUSTIFICACIÓN:

Lined area for justification text

Nota: Si cuenta con documentos que comprueben lo antes expuesto, favor adjuntarlos.

Firma del estudiante:

Fecha:

Llenar en caso de revisión del servicio de alimentación:

Nota: Si el cambio de horario se establece por mutuo acuerdo entre el profesor y el estudiante, debe adjuntar el visto bueno y sello de la Unidad Académica.

No se dará seguimiento a las solicitudes que no cumplan con el requisito anterior.

Horario	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
7 - 7:50					
8 - 8:50					
9 - 9:50					
10 - 10:50					
11 - 11:50					
12 - 12:50					

Horario	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
1 - 1:50					
2 - 2:50					
3 - 3:50					
4 - 4:50					
5 - 5:50					
6 - 6:50					
7 - 7:50					

Observaciones:

ESPACIO PARA USO DE LA OFICINA:

Denegado

Aprobado

Motivo: _____

Días asignados: L K M J V S Almuerzo

Días autorizados: L K M J V S Merienda

Recuerde que es responsabilidad del estudiante pasar a conocer el resultado de la gestión que está presentando en el plazo indicado. Si no está de acuerdo con el resultado tiene un plazo de 5 días hábiles a partir de este resultado para presentar la revisión ante la instancia correspondiente.