

COORDINACIÓN DE DESARROLLO HUMANO PROFESIONAL
SOLICITUD DE REVISIÓN DE EVALUACIÓN INTEGRADORA FINAL

Fecha: ____ de _____ del 20 _____. Hora de solicitud: ____ horas.

NOTA: ESTA SOLICITUD SOLO SERÁ ACEPTADA DENTRO DE LAS 24 HRS. POSTERIORES A LA LECTURA DEL ACTA. El estudiante a su vez deberá haber estado presente en dicha lectura.

Nombre completo / apellidos y nombre (s)			Clave ULSA
Bloque	Materia	Grupo	Semestre
Nombre completo del profesor (es):			Licenciatura del estudiante
Teléfono casa	Teléfono celular	Correo electrónico	

Calificación Final Ordinaria (letra y número): _____

FIRMA ALUMNO

Nota: Para ser llenado por el docente titular o el jefe de bloque. Criterios en los que se sustenta la evaluación del estudiante. Favor de realizar comentarios o indicaciones generales y/o específicas según el caso de lo que se solicita.

Porcentaje de asistencia.	
+ Número de entregas y calificaciones incluyendo las no presentadas NP. + Indicar si en alguna entrega se bajaron puntos por no cumplir con ciertos requisitos (entregar tarde, fuera de formato, no cumplir con especificaciones, etc.) + Indicar porcentajes de evaluación.	Entregas pueden ser: proyectos, láminas, trabajos, ensayos, exámenes, presentaciones, etc.

Comentarios sobre el proceso académico del alumno.	
Otras observaciones.	

Vobo

Nombre y firma Docente

Nombre y Firma Jefe de Bloque

NOTA: Marcar con una X si la presente revisión PROCEDE ____ NO PROCEDE ____