



Universidad Autónoma del
Estado de Morelos



**DIRECCIÓN GENERAL DE SERVICIOS ESCOLARES
DEPARTAMENTO DE CONTROL ESCOLAR
SOLICITUD DE CORRECCIÓN DE CALIFICACIÓN
NIVEL SUPERIOR**

Nombre del Alumno:		Fecha:	/ /
		Matrícula:	
Programa Educativo:		Semestre y Grupo:	
		Turno:	

CORRECCIÓN DE CALIFICACIÓN

Materia:			
Folio de acta:		Fecha de examen:	
Motivo de la corrección:			
N I V E L S U P E R I O R	TIPO DE EXAMEN:		
	Calidad <input type="checkbox"/>	Ordinario 1ºCurso <input type="checkbox"/>	EE <input type="checkbox"/> ETS 1º Curso <input type="checkbox"/> Derecho de Pasante <input type="checkbox"/>
		Ordinario 2ºCurso <input type="checkbox"/>	ETS 2º Curso <input type="checkbox"/>
	Calificación incorrecta:		Calificación correcta:
	Núm. <input type="checkbox"/> Letra: <input type="text"/>	Núm. <input type="checkbox"/> Letra: <input type="text"/>	

Firma y nombre del profesor y sinodales de la materia:		
PROFESOR TITULAR DE LA MATERIA	SINODAL	SINODAL
Solicita:	Autorizan:	
	MTRA. JÉSSICA LÓPEZ BUCIO FABIÁN DIRECTORA INTERINA DE LA FACULTAD DE NUTRICIÓN	DRA. DULCE MARIA ARIAS ATAIDE DIRECTORA GENERAL DE SERVICIOS ESCOLARES
NOMBRE Y FIRMA DEL ALUMNO		