



AUTÓNOMA METROPOLITANA

FECHA: AÑO MES DÍA

SOLICITUD DE 5ta. OPORTUNIDAD DE EVALUACIÓN DE RECUPERACIÓN

IMPORTE: \$ 2.20

NOMBRE DEL ALUMNO (Apellido Paterno, Apellido Materno y Nombre)

MATRÍCULA

UNIDAD: IZTAPALAPA

DIVISIÓN: CBI

CSH

CBS

NOMBRE DE UEA

CLAVE DE UEA

NONBRE DEL JURADO (Profesores)

NÚMERO DE EMPLEADO (Profesor)

1.-

1.-

2.-

2.-

3.-

3.-

GRUPO DE LA UEA (inicia con la letra "J")

TRIMESTRE LECTIVO

ALUMNO

CSE

CAJA DE UNIDAD

Firma

Sello y Firma

Sello

*ESTE FORMATO SE IMPRIME EN 3 TANTOS:

T1 COORDINACIÓN DE SISTEMAS ESCOLARES
T2 ALUMNO
T3 CAJA-UNIDAD