



Solicitud de Recurso de Revisión de la Evaluación

Solicitud N°

Mtro. José Manuel Jurado Parres
Director

Mtro. Francisco Estrada Ayala
Coordinador Académico

Fecha de recepción : _____

Datos del Profesor y la unidad de aprendizaje a revisar

Unidad de aprendizaje:

Semestre:

Grupo:

Turno:

Nombre del profesor involucrado:

Datos Generales del Solicitante

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre(s)

Tel. Casa: _____

Tel. cel.: _____

[Correo@](#) _____

Ciclo Escolar: _____

Código _____

Ordinarios:

Extraordinarios:

Descripción de los hechos

Causa de la inconformidad:

Nota: Hago constar que lo descrito anteriormente, es veraz y honesto, de no ser así, estoy de acuerdo en las sanciones a las que me hago acreedor.

Firma del solicitante:

* LLENADO EXCLUSIVO POR EL RESPONSABLE DEL RR (Evidencias que se anexan a la solicitud)

Evidencias: (Portafolio, cuaderno, proyecto, etc.)

Total de Documentos Entregados: _____

Fecha de Entrega: _____

Recibió

Nombre: _____

Cargo: _____

Documentos entregados por el profesor:

Examen

Hoja de Evaluación continua

Fecha de entrega de las evidencias por parte del profesor: _____

Resultado de la evaluación (a llenar por la comisión evaluadora)

Fecha de entrega a la comisión evaluadora : _____

PROCEDE:

SI

NO

Comentario Comisión Evaluadora

Miembro de la comisión

Miembro de la comisión

Miembro de la comisión

Fecha de recibido de resultado de la evaluación : _____