

**SOLICITUD PARA REPETICIÓN DE CURSO
CON CALIFICACIÓN "C"**

Núm. Estudiante	Nombre y dos Apellidos
Curso a repetir: _____	
Título del curso a repetir: _____	
Semestre tomó el curso: () 1er. () 2do. Semestre: _____ Año Académico Verano: _____	
Semestre curso a repetir: () 1er. () 2do. Semestre: _____ Año Académico Verano: _____	
Razón de la repetición: _____ _____	
De acuerdo con la certificación #17, 1998-99 de la Junta de Síndicos de la Universidad de Puerto Rico, el Decano de la Facultad podrá autorizar la repetición de cursos con "C" a petición del estudiante por vía de excepción, previo análisis de las circunstancias académicas del estudiante.	
_____	_____
Firma del Estudiante	Fecha
Aprobada por:	
_____	_____
Firma Decano de Asuntos Académicos	Fecha
_____	_____
Funcionario Oficina de Registro	Fecha
Comentarios: _____ _____ _____	