



(SOLICITA TU EXAMEN DE EXTRAORDINARIO).

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA MEXICALI

SOLICITUD DE EXAMEN EXTRAORDINARIO
PERIODO: 20__ - __

Núm. de recibo de pago: _____

NOMBRE DEL ALUMNO(A): _____

MATRÍCULA. _____.

TEORÍA

SOLICITO EXAMEN EXTRAORDINARIO EN LA SIGUIENTE UNIDAD DE APRENDIZAJE:

EXAMEN EXTRAORDINARIO

CLAVE	NOMBRE DE LA UNIDAD DE APRENDIZAJE	SEMESTRE

ATENTAMENTE
"Por la realización plena del hombre"

Mexicali, Baja Cfa. _____ de _____ del _____

FIRMA DEL ALUMNO(A)



(SOLICITA TU EXAMEN DE CLÍNICA)

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA MEXICALI

SOLICITUD DE EXAMEN
EXTRAORDINARIO CLÍNICA
PERIODO: 20__- __

Núm. de recibo de pago : _____

NOMBRE DEL ALUMNO: _____

MATRÍCULA. _____.

EXTRAORDINARIO CLÍNICA

SOLICITA EXAMEN DE CLÍNICA EN LA SIGUIENTE UNIDAD DE APRENDIZAJE:

EXAMEN DE CLÍNICA

CLAVE	NOMBRE DE LA UNIDAD DE APRENDIZAJE	SEMESTRE GRUPO Y SUBGPO.

NOMBRE DEL INSTRUCTOR(A)
A CARGO DE LA ASIGNATURA

NOMBRE DEL TUTOR

A T E N T A M E N T E
"Por la realización plena del hombre"

Mexicali, Baja Cfa. _____ de _____ del _____

FIRMA DEL ALUMNO(A)



(SOLICITUD DE EVALUACIÓN PERMANENTE)

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA MEXICALI

SOLICITUD DE EXAMEN DE **EVALUACIÓN PERMANENTE**

PERIODO: 20__ - __

FECHA: ____ / ____ / ____
Día Mes Año

NÚMERO DE RECIBO DE PAGO: _____

MARQUE CON UN CRUZ:

MODALIDAD DE EXAMEN ESCRITO:

MODALIDAD DE EVALUACIÓN PERMANENTE (REPETIR CURSO):

NOMBRE DEL ALUMNO(a): _____

MATRÍCULA: _____

SOLICITO EN LA(S) SIGUIENTE(S) UNIDADE(S) DE APRENDIZAJE:

NUM.	CLAVE	NOMBRE DE LA MATERIA: EVALUACIÓN PERMANENTE
1.		
2.		
3.		
4.		

A D I C I O N A L E S

1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

FIRMA DEL ALUMNO(A)

NOMBRE DEL TUTOR

D.R Gilberto Valenzuela Vázquez.
SUBDIRECTOR



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA MEXICAL CURSO INTERSEMESTRAL

FECHA DE INSCRIPCIÓN: _____

FECHA DE INICIO: _____

PAGAR EN LA CAJA DE CLÍNICAS. EN ESTA FACULTAD

Por este conducto, solicitamos atentamente, inscriba al alumno(a):

MATRICULA: _____ CURSO: _____

_____ SEMESTRE: _____

Costo \$ _____ por curso. CTA. SUBCTA: _____ PROGRAMA: _____

A T E N T A M E N T E
"Por la realización plena del hombre"

Mexicali, Baja Cfa. a _____ de _____ del _____

D.R. Gilberto Valenzuela Vázquez
SUBDIRECTOR

letty*



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA MEXICALI

SOLICITUD DE EXAMEN DE REGULARIZACIÓN

FECHA: ____ / ____ / ____.
 Día Mes Año

PERIODO: _____

NÚMERO DE RECIBO DE PAGO: _____

MARQUE CON UN CRUZ:

MODALIDAD DE EXAMEN ESCRITO:

NOMBRE DEL TUTOR: _____

NOMBRE DEL ALUMNO(a): _____

MATRÍCULA: _____

SOLICITO EN LA(S) SIGUIENTE(S) UNIDADE(S) DE APRENDIZAJE:

NUM.	CLAVE	NOMBRE DE LA MATERIA	GPO. Y SUBGRUPO
1.			
2.			
3.			

ATENTAMENTE
"Por la realización plena del hombre"

Mexicali, Baja Cfa. a _____ de _____ del _____

D.R. GILBERTO VALENZUELA
SUBDIRECTOR

NOMBRE DEL TUTOR

FIRMA ALUMNO(A)