UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

EIM Escuela de Ingeniería Mecánica

## SOLICITUD DE REPOSICIÓN DE EXAMEN

Fecha:___/___/___

Yo: _____ carné _____, por motivo de: _____

_____

solicito la reposición del: _____, del curso: _____ grupo: ___, a cargo del profesor (a): _____.

_____

**Firma del estudiante**

## CONSENTIMIENTO DEL DOCENTE

Estoy de acuerdo con la solicitud: ___ Fecha de reposición: ___/___/___ a las: __

No estoy de acuerdo con la solicitud: ___ por cuanto: _____

_____.

_____

**Firma del profesor (a)**

Fecha: ___/___/___