



FORMATO DE SOLICITUD DE APLAZAMIENTO

VERSIÓN: 1

FECHA: 15-12-2014

FECHA DE SOLICITUD: DÍA \_\_\_\_ MES: \_\_\_\_ AÑO: \_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, identificado(a)

(Nombre completo del estudiante)

con T.I.  C.C.  R.C.  Número: \_\_\_\_\_ solicito el

aplazamiento del curso \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ hora(s)  diaria(s)  sábados en el horario de \_\_\_\_\_

en el cual me encuentro matriculado(a), por el (los) siguiente(s) motivo(s):

Empty lines for writing reasons.

Como comprobante de los motivos arriba expuestos, anexo los siguientes documentos:

- Checkboxes for: Incapacidad Médica, Historia Clínica, Recibo de pago, Certificado de Estudios, Certificado Laboral, Otro. Cual

Atentamente,

Firma: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

ESPACIO RESERVADO PARA COORDINACIONES DE PROGRAMAS BILINGÜES Y UNICOLOMBO (SI APLICA)

RECIBIDO POR: \_\_\_\_\_ EL DÍA \_\_\_\_ MES: \_\_\_\_ AÑO: \_\_\_\_

PROGRAMA: \_\_\_\_\_ Vo. Bo. \_\_\_\_\_

ESPACIO RESERVADO PARA EL CENTRO COLOMBO AMERICANO

RECIBIDO POR: \_\_\_\_\_ EL DÍA \_\_\_\_ MES: \_\_\_\_ AÑO: \_\_\_\_

Docente: \_\_\_\_\_ Número de asistencias: \_\_\_\_\_

Aplazamiento aprobado: SI  NO  Aprobado por: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

Aplazado el DÍA \_\_\_\_ MES: \_\_\_\_ AÑO: \_\_\_\_

APLAZAMIENTO VÁLIDO POR TRES MESES A PARTIR DE ESTA FECHA

Aplazado por: \_\_\_\_\_

MATRÍCULA REACTIVADA EL: DÍA \_\_\_\_ MES: \_\_\_\_ AÑO: \_\_\_\_ POR: \_\_\_\_\_