Universidad de San Carlos de Guatemala
Escuela de Ciencias Psicológicas
Depto. de Registro y Control Académico

Solicitud de Cierre de Pensum

Datos Generales:

CARNÉ No. | CUI:

Nombre Completo:

Dirección Domiciliar: | Celular:

E-mail: | Teléfono de Casa:

Carrera:

Último Curso Aprobado: | Forma de Aprobación del Curso: Regular: ☐ 1a. Rec. ☐ 2a. Rec. ☐ Esc. De Vac. ☐

Fecha: _____ F: _____

****

Para Uso Exclusivo de CONTROL ACADÉMICO

INSCRIPCIONES

CARRERA	AÑO	OBSERVACIONES

FECHA DE CIERRE: _____

OBSERVACIONES:

_____

_____

_____