



SOLICITUD DE CLASE DE CONSULTA

San Luis, _____ de _____ de 20 ____.-

Al Coordinador/ra /Directora de la Carrera:.....
Ciencias Médicas de la
Universidad Católica de Cuyo
Sede San Luis

De mi mayor consideración:

A través de la presente solicito clase de consulta de la materia _____
de _____ año de la carrera de _____ con el docente
_____ para la mesa de examen del día _____ de _____

Alumno: _____

Matrícula: _____

Tel: 266- _____

Correo Electrónico: _____

Atentamente.

Firma del Alumno

Día de Consulta: _____

Hora: _____

Cantidad de horas de consulta realizadas: _____

Firma del Docente