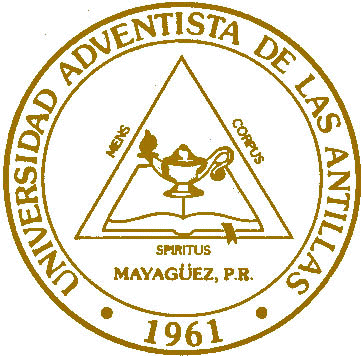
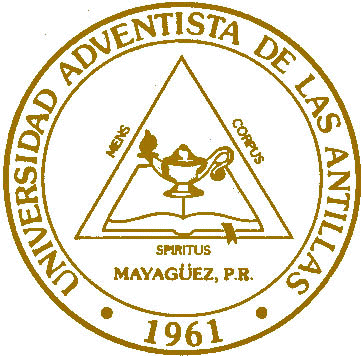
**UNIVERSIDAD ADVENTISTA DE LAS ANTILLAS**

**PO BOX 118 🞟 MAYAGÜEZ, PR 00681**

**TEL.: 787-834-9595 EXT. 2222, 2206 🞟 FAX: 787-834-9597**

**OFICINA DE REGISTRADURÍA**

**SOLICITUD PARA INCOMPLETOS**

**Reglamento:** El estudiante que solicite incompleto en una clase deberá haber aprobado el 85% de la misma. \*Los incompletos se darán debido a enfermedad o circunstancias especiales. No se dará incompletos por entregar trabajos tarde, por negligencia o por deuda. \*\*Los incompletos deberán ser completados antes de la fecha establecida en el Calendario Académico del próximo semestre o por el Profesor. Del estudiante no completar el trabajo a realizar en el tiempo establecido, recibirá la nota asignada por el profesor en esta solicitud. (Ver catálogo UAA)

**Sección para ser llenada y firmada por la Oficina de Registraduría.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 🞐 Aprobado 🞐 No Aprobado

Firma del Registrador(a) Fecha

**Sección para ser llenada y firmada por el Profesor que ofrece el curso.** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Se requiere la firma del Director del Departamento Académico del curso.) Nombre del Profesor*

De no completar lo estipulado, la nota será: \_\_\_\_\_\_\_ \*\*Fecha en que entregará el trabajo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Descripción del trabajo a realizar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Porcentaje pendiente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Profesor(a) Fecha Firma Director(a) Departamento del curso Fecha

**Sección para ser llenada y firmada por el estudiante que solicita el incompleto.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Apellidos Nombre Número de ID Teléfono

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Departamento Número Sección Nombre del Curso Créditos

Clase tomada durante: 🞐 1er semestre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 🞐 2do semestre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 🞐 Verano \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*Motivo de esta solicitud: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(De necesitar más espacio, favor continuar al dorso. Casos por enfermedad, deberá incluir certificado médico.)*

Firma del estudiante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dirección Postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_