



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE MEDICINA LUIS RAZETTI
OFICINA DE CONTROL DE ESTUDIOS



HOJA DE CONSULTA

Periodo Lectivo: _____

APELLIDOS Y NOMBRES: _____

CEDULA: _____ **FECHA:** _____

AÑO DE INGRESO: _____ **AÑO QUE CURSA:** _____

TELEFONO LOCAL: _____ **CELULAR:** _____

CORREO ELECTRONICO: _____

MOTIVO DE CONSULTA. (Resuma brevemente su solicitud).

RESPUESTA:

Nota: Esta hoja debe llenarse por duplicado, al momento de realizar su petición, el estudiante entregara la primera hoja y se quedara con una copia.

FIRMA DEL ESTUDIANTE

FECHA DE ENTREGA

RECIBIDO
CONTROL DE ESTUDIOS

Esta hoja solo tiene validez para la oficina de control de estudios, efectuar esta solicitud no implica aprobación de la misma.

NLM/jwm