# SOLICITUD DE REPROGRAMACION

Manta,………………………………………

Doctor

**Jaime Cedeño Zambrano. Mg**

Director del Departamento de Bienestar Estudiantil

En su despacho.-

Yo, **Apellidos y nombres,** con número de cédula **…………………….**, estudiante del **primer semestre paralelo A** de la Carrera de **………………….** solicito muy respetuosamente la **reprogramación de los exámenes o reimpresión del Certificado de Salud,** debido a (**justificación por cual realiza la solicitud**).

Por la atención brindada a la presente, le quedo totalmente agradecido.

Atentamente,

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

**Colocar Apellidos y nombres**

 **CI:**

**DATOS OBLIGATORIOS:**

E-mail:

Fecha nacimiento (día/mes/año): / /

Teléfono:

Dirección: