UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO, RECINTO DE CIENCIAS MÉDICAS
UNIVERSITY OF PUERTO RICO, MEDICAL SCIENCES CAMPUS

ESCUELA DE MEDICINA DENTAL
SCHOOL OF DENTAL MEDICINE

Sr. Abelardo Martínez
Registrador
Oficina del Registrador
Recinto de Ciencias Médicas

CAMBIO EN CALIFICACIÓN DE ESTUDIANTE

Estimado señor Martínez:

Se solicita el cambio en la calificación final del(la) estudiante _____, número de estudiante _____ para el curso _____, sección _____, Año Académico _____.

El cambio es justificado, ya que el estudiante completó los requisitos del curso. Se reportó la calificación de _____, la misma debe ser cambiada por la calificación final de _____.

Agradeceré se proceda con la acción pertinente y disculpe los inconvenientes que esto pueda causar.

Atentamente,

_____
Coordinador(a)
Curso

Vo. Bo. _____
Elaine M. Pagán Ortiz, DMD, MSD — Fecha
Decana Asociada

DIRECCIÓN POSTAL:
PO BOX 365067
SAN JUAN, PR
00936-5067

DIRECCIÓN FÍSICA:
PASEO DR. CELSO BARBOSA
TERRENO DE CENTRO MÉDICO
EDIFICIO PRINCIPAL
RCM, PRIMER PISO
RÍO PIEDRAS
PR 00935

TELÉFONO:
(787) 758-2525

Patrono con Igualdad de Oportunidad en el Empleo M/M/V/I
Equal Employment Opportunity Employer M/W/V/D