



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.

Mitzzy Pérez Velázquez, DMD
Decana Asociada Interina

Fecha

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

