



UNIVERSIDAD ESTATAL A DISTANCIA
VICERRECTORÍA ACADÉMICA
UNIDAD DE APOYO A LA GESTIÓN DOCENTE

Uso Exclusivo de la
Sede Universitaria

Fecha de Recibo: _____

Recibido por: _____

Reprogramación de Evaluación por Credo Religioso

DATOS DEL ESTUDIANTE

Apellidos		Nombre	
Identificación			
Teléfono			
Correo Electrónico			
Sede Universitaria			

ASIGNATURAS MATRICULADAS

Código	Asignatura	Grupo

Firma del Estudiante: _____

Yo _____, portador de la cédula o pasaporte n° _____

en mi calidad de Pastor o Ministro de la Iglesia _____

Ubicada en _____ hago constar que el Sr. (Sra): _____

_____, cuyos datos figuran en la parte superior de este formulario es miembro activo de nuestra iglesia.

Teléfono: _____ Correo Electrónico _____

Firma: _____ Fecha: _____

Sello