



I.S.P. N° 1 “Manuel Leiva”

SOLICITUD DE CAMBIO DE FECHA DE MESA DE EXAMEN
(48 hs. hábiles anteriores a la fecha del examen)

N° Solicitud:

APELLIDO Y NOMBRE:

DOC DE IDENTIDAD:

PROFESORADO:CURSO:

SOLICITA CAMBIO DE TURNO, en la Asignatura

....., del díaal día

MOTIVO:

.....

.....

.....

FIRMA y ACLARACION

CASILDA,dede 20.....

ACEPTADA / RECHAZADA – Agrega justificación SI / NO