**SOLICITUD EXTENSION DE REGULARIDAD AÑO – 2017**

**ATENCIÓN:**

 **SOLO SE ANALIZARÁN AQUELLAS SOLICITUDES CUYO JUSTIFICATIVO SEA EXCLUSIVAMENTE POR RAZONES DE:**

**- SALUD DEL ALUMNO O DE UN FAMILIAR DIRECTO**

**- TRABAJO**

**SE DEBERAN PRESENTAR LAS CERTIFICACIONES CORRESPONDIENTES**

**CARRERA/ AÑO DE INGRESO**: ………………………………………………………………………………………………………

**APELLIDO Y NOMBRE:** ……………………………………………………………………….**DNI:** ……………………………….

**NRO. DE ASIGNATURAS APROBADAS:** …………….

**NRO. DE ASIGNATURAS REGULARES NO APROBADAS:** …………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ASIGNATURA****(máximo 2)** | **CÓDIGO** | **FECHA DE REGULARIZACIÓN** | **Nº DE VECES QUE LA RINDIO** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**FIRMA Y FECHA**: …………………………………………………………………………………………………..