

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE CAMPECHE
FACULTAD DE ENFERMERÍA
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

San Francisco de Campeche, Camp; a ____ de _____ de 201____.

MCE Karina Asunción Muñoz Canché
Directora de la Facultad de Enfermería
P R E S E N T E

Sirva el presente para solicitar **revisión** del Examen Departamental (EXADES) de la:

Unidad de aprendizaje: _____ con fecha de aplicación: _____, por el (los) siguiente (s) motivo (s):

- | | | | |
|---|--------------------------|---|--------------------------|
| - Respondí correctamente la mayoría de las preguntas | <input type="checkbox"/> | - Error en la lectura de mi hoja de respuesta | <input type="checkbox"/> |
| - Inconformidad por las puntuaciones de las preguntas | <input type="checkbox"/> | - Dos respuestas correctas | <input type="checkbox"/> |
| - No se entendía la pregunta | <input type="checkbox"/> | - No había respuesta correcta | <input type="checkbox"/> |
| - Había pregunta duplicada | <input type="checkbox"/> | - No se analizó la temática en clase | <input type="checkbox"/> |
| - Se utilizó bibliografía diferente a la del programa | <input type="checkbox"/> | - Otro, ¿cuál? _____ | <input type="checkbox"/> |

La calificación obtenida es de: _____

Solicita

Matricula Semestre y grupo

Matricula, Nombre y firma del alumno

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE CAMPECHE
FACULTAD DE ENFERMERÍA
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

San Francisco de Campeche, Camp; a ____ de _____ de 201____.

MCE María de las Mercedes Queb Montero
Coordinadora de EXADES de la Licenciatura en Enfermería
P R E S E N T E

Sirva el presente para solicitar **revisión** del EXADES de la:

Unidad de aprendizaje: _____ con fecha de aplicación: _____, por el (los) siguiente (s) motivo (s):

- | | | | |
|---|--------------------------|---|--------------------------|
| - Respondí correctamente la mayoría de las preguntas | <input type="checkbox"/> | - Error en la lectura de mi hoja de respuesta | <input type="checkbox"/> |
| - Inconformidad por las puntuaciones de las preguntas | <input type="checkbox"/> | - Dos respuestas correctas | <input type="checkbox"/> |
| - No se entendía la pregunta | <input type="checkbox"/> | - No había respuesta correcta | <input type="checkbox"/> |
| - Había pregunta duplicada | <input type="checkbox"/> | - No se analizó la temática en clase | <input type="checkbox"/> |
| - Se utilizó bibliografía diferente a la del programa | <input type="checkbox"/> | - Otro, ¿cuál? _____ | <input type="checkbox"/> |

La calificación obtenida es de: _____

Solicita

Autoriza

Matrícula, Nombre y firma del alumno
Semestre y grupo

MCE Karina Asunción Muñoz Canché
Directora

RESULTADO DE LA REVISIÓN

Resultado	Revisan y Avalan
Fecha: ____ de _____ de 201____ Hora: ____ Calificación: ____ Acta: _____ Código de examen: _____ Observaciones: _____ _____ _____ _____ _____ Firma de conformidad del alumno (a)	_____ MCE María de las Mercedes Queb Montero Coordinadora de EXADES _____ MCE Patricia del Rocío González Orozco Presidente de Academia

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE CAMPECHE
FACULTAD DE ENFERMERÍA
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

San Francisco de Campeche, Camp; a ____ de _____ de 201____.

MCE María de las Mercedes Queb Montero
Coordinadora de EXADES de la Licenciatura en Enfermería
P R E S E N T E

Sirva el presente para solicitar **revisión** del EXADES de la:

Unidad de aprendizaje: _____ con fecha de aplicación: _____, por el (los) siguiente (s) motivo (s):

- | | | | |
|---|--------------------------|---|--------------------------|
| - Respondí correctamente la mayoría de las preguntas | <input type="checkbox"/> | - Error en la lectura de mi hoja de respuesta | <input type="checkbox"/> |
| - Inconformidad por las puntuaciones de las preguntas | <input type="checkbox"/> | - Dos respuestas correctas | <input type="checkbox"/> |
| - No se entendía la pregunta | <input type="checkbox"/> | - No había respuesta correcta | <input type="checkbox"/> |
| - Había pregunta duplicada | <input type="checkbox"/> | - No se analizó la temática en clase | <input type="checkbox"/> |
| - Se utilizó bibliografía diferente a la del programa | <input type="checkbox"/> | - Otro, ¿cuál? _____ | <input type="checkbox"/> |

La calificación obtenida es de: _____

Solicita

Autoriza

Matrícula, Nombre y firma del alumno
Semestre y grupo

MCE Karina Asunción Muñoz Canché
Directora

RESULTADO DE LA REVISIÓN

Resultado	Revisan y Avalan
Fecha: ____ de _____ de 201____ Hora: ____ Calificación: ____ Acta: _____ Código de examen: _____ Observaciones: _____ _____ _____ _____ _____ Firma de conformidad del alumno (a)	_____ MCE María de las Mercedes Queb Montero Coordinadora de EXADES _____ EE Martha Daniela Soto Caraveo Secretario de Academia

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE CAMPECHE
FACULTAD DE ENFERMERÍA
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

San Francisco de Campeche, Camp; a ____ de _____ de 201____.

MCE María de las Mercedes Queb Montero
Coordinadora de EXADES de la Licenciatura en Enfermería
P R E S E N T E

Sirva el presente para solicitar **revisión** del EXADES de la:

Unidad de aprendizaje: _____ con fecha de aplicación: _____, por el (los) siguiente (s) motivo (s):

- | | | | |
|---|--------------------------|---|--------------------------|
| - Respondí correctamente la mayoría de las preguntas | <input type="checkbox"/> | - Error en la lectura de mi hoja de respuesta | <input type="checkbox"/> |
| - Inconformidad por las puntuaciones de las preguntas | <input type="checkbox"/> | - Dos respuestas correctas | <input type="checkbox"/> |
| - No se entendía la pregunta | <input type="checkbox"/> | - No había respuesta correcta | <input type="checkbox"/> |
| - Había pregunta duplicada | <input type="checkbox"/> | - No se analizó la temática en clase | <input type="checkbox"/> |
| - Se utilizó bibliografía diferente a la del programa | <input type="checkbox"/> | - Otro, ¿cuál? _____ | <input type="checkbox"/> |

La calificación obtenida es de: _____

Solicita

Autoriza

Matrícula, Nombre y firma del alumno
Semestre y grupo

MCE Karina Asunción Muñoz Canché
Directora

RESULTADO DE LA REVISIÓN

Resultado	Revisan y Avalan
Fecha: ____ de _____ de 201____ Hora: ____ Calificación: ____ Acta: _____ Código de examen: _____ Observaciones: _____ _____ _____ _____ _____ Firma de conformidad del alumno (a)	_____ MCE María de las Mercedes Queb Montero Coordinadora de EXADES _____ EE Maribel Concepción Flores Borges Secretario de Academia