UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

PPEM Programa de Posgrado en Especialidades Médicas

Solicitud de Revisión de Preguntas PPEM

Nombre _____

Especialidad: _____

◯ Educación Continua ◯ Publicaciones

Justificación de la apelación **Computadora o a Máquina**

Espacio para Comité Director

Se acepta la revisión ☐ **SI** ☐ **No**

Firma Comité Director

Declaro bajo fe de juramento, para los efectos legales, que los datos consignados son ciertos, y asumo la responbilidad legal que pudiera derivarse por el suministro de datos falsos. De comprobarse que la información no coincide podría conllevar a la nulidad de la revisión de esta pregunta.

Nombre del Aspirante	Firma	Cédula

Nombre del Autorizado	Firma	Cédula

Imprimir