Programa de Posgrado en
Especialidades Médicas

Solicitud de Revisión del Examen de la II Etapa del Proceso de Selección y Admisión al PPEM 2014 - 2015

Especialidad

Pregunta #

Fecha

Escriba el encabezado de la pregunta en **Computadora o a Máquina**

Justifique su respuesta en **Computadora o a Máquina**

Referencias Bibliográficas (debe adjuntarlas) **Computadora o a Máquina**

Uso exclusivo del Comité Director
de la especialidad respectiva

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

Nombre del Profesor

Firma del Profesor

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