La presente acta ampara la autorización de aplicación de la Evaluación Remedial Integral

**Fecha de Autorización:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Asignatura:** |  | **Cuatrimestre:** |
| **Programa Educativo:** |  | **TSU** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| **LIC/ING** | 7 | 8 | 9 | 10 |
| **Periodo:** | Enero – Abril | Mayo - Agosto | Septiembre - Diciembre |

**NOTA:** Entregar a la dirección del PE el listado de estudiantes en evaluación remedial integral, al menos 24 hrs. antes de su aplicación.

**Profesor(es) que imparte(n) la Asignatura**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (Nombre y Firma del Docente) | (Nombre y Firma del Docente) | (Nombre y Firma del Docente) |

**Se anexa Instrumento de Evaluación Remedial Integral Colegiada y tipos de reactivos.**

|  |
| --- |
| **Director de Programa Educativo** |
|  |