FORMATO DE SOLICITUD PARA SUBSANACION

PARA SER LLENADO POR EL PARTICIPANTE		
Apellido Paterno	**Apellido Materno**	**Nombres**

ID del Participante	Teléfonos de contacto	Correo electrónico

Nombre del Curso	CFP a la que pertenece

DESCRIPCION DE SOLICITUD

Adjunto copia del recibo de pago por el examen de subsanación solicitado.

PARA SER LLENADO POR RECEPCION			
NRC del curso	**Bloque**	**Período**	**Fecha**

Observaciones

Firma del Solicitante	**Firma del Coordinador**

Firma y Sello de Recepción