UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PANAMÁ

CENTRO REGIONAL DE COCLÉ

**FORMULARIO DE RECUPERACIÓN DE HORAS**

EL COORDINADOR DE LA FACULTAD DE INGENIERÍA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, hace constar que el Profesor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ha recuperado \_\_\_\_\_\_ horas de clases, según el siguiente detalle:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA** | **HORARIO** | **ASIGNATURA** | **GRUPO** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA DEL COORDINADOR

NOTA: EL COORDINADOR RESPECTIVO DEBE VERIFICAR LA RECUPERACIÓN DE HORAS Y LLENAR ESTE FORMULARIO EN SU TOTALIDAD PARA ENVIARLO A SUBDIRECCIÓN ACADÉMICA ANTES DE LOS SIETE (7) DÍAS HÁBILES, POSTERIORES A LA RECUPERACIÓN DE HORAS.