



UNIVERSIDAD DE CARABOBO FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

No. de Control

Fecha:

SEDE _____

SOLICITUD DE RECUSACION, REVISIÓN O APELACIÓN DE RESULTADOS DE PRUEBA

1. DATOS PERSONALES DEL ASPIRANTE

Nombres y Apellidos:

Cédula de Identidad:

2. DATOS DE LA SOLICITUD

Tipo de la Solicitud:

Recusación

Revisión

Apelación

Tipo de Concurso:

Oposición

Credenciales

Tipo de Prueba:

Valoración de Credenciales

Prueba de Aptitudes Intelectuales

Prueba de Perfil Académica y Psicológico

Prueba de Conocimiento en el Área de Concurso

Prueba de Aptitudes Pedagógicas

Exposición de Motivos:

3. DATOS ORGANIZACIONALES

Unidad Organizacional Académica

Área de Conocimiento

Escuela:

Departamento:

Instancia que decide sobre esta

Recusación/Revisión/Apelación:

Firma:

Tiempo de Actividad Académica del cargo ofertado

Dedicación Exclusiva

Tiempo Completo

Tiempo Convencional

Medio Tiempo

SOLO PARA USO DE LA OFICINA RECEPTORA

Recibido por:

Nombre y Apellido:

Firma:

Fecha:

Sello:

RESPUESTA A LA SOLICITUD

Procede

No Procede

Observaciones:

Resolución:

Firma:

Firma:

Firma:

Firma:

Fecha:

Sello: