

	UNIVERSIDAD DE CARABOBO FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD SEDE _____	No. de Control Fecha:
	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 <input type="checkbox"/>	Revisión <input type="checkbox"/>	Apelación <input type="checkbox"/>
Tipo de Concurso:	Oposición <input type="checkbox"/>	Credenciales <input type="checkbox"/>	
Tipo de Prueba:	Valoración de Credenciales <input type="checkbox"/>		
Prueba de Aptitudes Intelectuales	<input type="checkbox"/>	Prueba de Perfil Académica y Psicológico	<input type="checkbox"/>
Prueba de Conocimiento en el Área de Concurso	<input type="checkbox"/>	Prueba de Aptitudes Pedagógicas	<input type="checkbox"/>

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 <input type="checkbox"/>	No Procede <input type="checkbox"/>	
Observaciones:		
Resolución:		
Firma:	Firma:	Firma:
Firma:	Fecha:	Sello: