|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **\*DATOS DEL ESTUDIANTE** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre completo: | | | | |  | | | | | | | Documento identidad: | | |  | |
| Correo electrónico: | | | | |  | | | | | | | Teléfono: | |  | | |
| **\*DATOS DEL CURSO ORIGEN** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Idioma: | |  | | | | | No. Curso: | |  | | | **Facultad** o **Programa**: | | |  | |
| Grupo: | |  | | |
| **Justificación de cambio de grupo:** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **\*\*EVALUACIÓN DEL ESTUDIANTE** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Desempeño en el curso (porcentaje evaluado notas y/o seguimiento): | | | | | | | | | | | | Faltas de asistencia y observaciones: | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| **Nombre completo del docente:** | | | | | |  | | | | | | **Firma docente:** |  | | | |
| **Fecha de firma:** | | | |  | | | | | | | |
| **\*DATOS DEL CURSO DESTINO** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Idioma: | |  | | | | | No. Curso: | | |  | | **Facultad** o **Programa**: | | |  | |
| Grupo: | | |  | |
| **Nombre completo del docente:** | | | | | |  | | | | | | **Firma docente:** | |  | | |
| **Fecha de firma:** | | |  | | | | | | | | |
| \*\*\***RESULTADO DE LA SOLICITUD** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Fecha:** |  | | | | | **No. Consecutivo:** | |  | | | | **Aprobada:** | |  | **No aprobada:** |  |
| Observaciones: | | | | | | | | | | | Tramitado por: | | |  | | |

**\***Espacio a diligenciar por el estudiante. **\*\***Espacio a diligenciar por **el docente** **del curso** (porcentaje evaluado, notas y asistencia).

**\*\*\***Espacio a diligenciar por la Administración.

|  |
| --- |
| **DOCUMENTOS QUE DEBE ANEXAR** |
| 1. Para **incompatibilidad laboral**: anexar carta laboral 2. Para **incompatibilidad horaria académica** **en el semestre**: anexar constancia de matrícula. 3. Para **calamidad doméstica, fuerza mayor o caso fortuito**: anexar excusa escrita o incapacidad médica debidamente refrendada. |

**El resultado de la cancelación se reclama 8 días hábiles después, en la oficina donde se solicitó.**

 

Antigua Escuela de Derecho, oficina 38-106

Tel: 2199882 / comitemultilingua@udea.edu.co/ idiomas.udea.edu.co **Código:** F-EI-02-03 **Versión:** 1 **Fecha:** 05/02/2020

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | |
| **DESPRENDIBLE PARA EL ESTUDIANTE \*CAMBIO DE GRUPO** | | | | | | | | | | | |
| Nombre completo: | |  | | | | | | Documento identidad: | |  | |
| Correo electrónico: | |  | | | | | | Teléfono: |  | | |
| **GRUPO DESTINO** | | | | | | | | | | | |
| Idioma y no. curso: | |  | | Grupo: | |  | | **Facultad** o **Programa**: | |  | |
| **RESULTADO DE LA SOLICITUD** | | | | | | | | | | | |
| **Fecha:** |  | | **No. Consecutivo:** | |  | | | **Aprobada:** |  | **No aprobada:** |  |
| Observaciones: | | | | | | | Tramitado por: | |  | | |

**El resultado de la cancelación se reclama 8 días hábiles después, en la oficina donde se solicitó.**

 

Antigua Escuela de Derecho, oficina 38-106

Tel: 2199882/ comitemultilingua@udea.edu.co/ idiomas.udea.edu.co **Código:** F-EI-02-03 **Versión:** 1 **Fecha:** 05/02/2020