



Fecha: | |

## JUSTIFICATIVO

Nombre completo:

N° Matricula:

R.U.T:

Teléfono:

Correo Electrónico:

Solicito a Ud. tenga a bien justificar inasistencia a clases en los siguientes módulos:

desde: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /2018 hasta: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /2018

Profesor:

Módulo:

Profesor:

Módulo:

Profesor:

Módulo:

Profesor:

Módulo:

Profesor:

Módulo:

**Motivos:**

Firma Alumno

\*Uso exclusivo  
Dirección de Escuela

Adjunta certificado médico:

SI  NO