



UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA DE MATEMATICA
Tel.: (506) 2511 6551 Fax.: (506) 2511 5810
www.diagnostico.emate.ucr.ac.cr



JUSTIFICACIÓN DE AUSENCIA

DiMa

| | | |
|--|---------|----------|
| Fecha: | Carné: | Carrera: |
| Nombre del estudiante: | | |
| Teléfono celular: | E-mail: | |
| Teléfono domicilio: | | |
| Motivo de su ausencia a la prueba | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| Adjunta: Certificado Médico ___ Fotocopia de pasaporte ___ Fotocopia de expediente ___ Otro: ___ | | |
| Si el motivo es por enfermedad, adjuntar certificado médico . | | |
| Si el motivo es por viaje, adjuntar fotocopia del pasaporte donde conste la salida y posterior entrada al país. | | |
| Si el motivo es por convalidación de estudios en otra universidad, adjuntar fotocopia del expediente correspondiente. | | |
| *No se recibirán formularios incompletos* | | |
| <i>Fecha de recepción:</i> | | |
| Información adicional: diagnosticosdima.em@ucr.ac.cr | | |