



## Petición de Reexaminación

De acuerdo con la política de reexaminación, un líder de grupo puede solicitar una reexaminación en nombre de un estudiante en su grupo siempre que:

1. El estudiante que ha reprobado fue fiel en asistencia y estudios.
2. Este formulario se completa y se envía por fax, correo postal o correo electrónico a la oficina del registrador junto con un cheque o pago con tarjeta de crédito por la tarifa de reexaminación.
3. La reexaminación se devuelve a la oficina del registrador a más tardar seis semanas después de que el líder del grupo haya recibido las calificaciones.

### INFORMACIÓN ALUMNO

Nombre estudiante: \_\_\_\_\_ Estudiante ID#: \_\_\_\_\_

Iglesia ID#: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN ASIGNATURA

Nombre asignatura: \_\_\_\_\_ Asignatura ID#: \_\_\_\_\_

Explique brevemente las circunstancias del estudiante que justifiquen volver a tomar la final de esta asignatura:

---

---

---

### INFORMACIÓN DE ENVÍO

- Examen en línea (ya debe tener una cuenta de Moodle con INSTE)  
 Examen en papel (estudiantes basados en la Iglesia solamente)

*La reexaminación se enviará por correo al líder del grupo.*

Nombre del líder del grupo: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Dirección de Envío: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Zip: \_\_\_\_\_

### COSTO DE REEXAMINACIÓN E INFORMACIÓN DE PAGO

El costo de reexaminación es de \$25 por estudiante.

Tarjeta Crédito  Giro Postal # \_\_\_\_\_  Cheque # \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> MasterCard Fecha Exp. ___/___/___ CVS _____	Dirección factura: _____
Número: _____ - _____ - _____ - _____	Ciudad, Estado, Zip: _____
Nombre impreso: _____	Firma autorizada: _____

#### Sólo para uso de oficina

Sent:	Invoice#	Dated:	AMT\$
-------	----------	--------	-------