



UNIVERSIDAD DE COSTA RICA  
Escuela de Medicina  
Departamento de Farmacología  
y Toxicología Clínica



## **BOLETA DE RECURSO DE ACLARACIÓN O ADICIÓN**

N° CARNÉ	APELLIDOS	NOMBRE

SIGLA CURSO	NOMBRE DEL CURSO	NOMBRE EXAMEN

### ***RECLAMO ORAL #1***

N° PREGUNTA	PROFESOR RESPONSABLE	VERSION EXAMEN

SE ACOGE

SE RECHAZA

FECHA DE ENTREGA	FIRMA DE PROFESOR RESPONSABLE	FECHA DE DEVOLUCIÓN

### ***RECLAMO ORAL #2***

N° PREGUNTA	PROFESOR RESPONSABLE	VERSION EXAMEN

SE ACOGE

SE RECHAZA

FECHA DE ENTREGA	FIRMA DE PROFESOR RESPONSABLE	FECHA DE DEVOLUCIÓN

### ***RECLAMO ORAL #3***

N° PREGUNTA	PROFESOR RESPONSABLE	VERSION EXAMEN

SE ACOGE

SE RECHAZA

FECHA DE ENTREGA	FIRMA DE PROFESOR RESPONSABLE	FECHA DE DEVOLUCIÓN