**F\_AA\_220**

**ESCUELA POLITÉCNICA NACIONAL**

**VICERRECTORADO DE DOCENCIA**

*Actualización: 18 de octubre de 2023*

**FORMULARIO PARA SOLICITAR RECALIFICACIÓN DE EXAMEN DE RECUPERACIÓN**

El Reglamento de Régimen Académico de la EPN, en su Art. 94 establece*: “(…) Si un estudiante estimare que la calificación obtenida en uno o varios componentes de evaluación que no hayan sido aplicados de forma oral de una asignatura, curso o sus equivalentes, no es justa, podrá solicitar la recalificación, en el término de hasta cinco (5) días, contado a partir del ingreso de la nota del primer aporte, al ingreso de la nota del segundo aporte, o al ingreso de la nota del examen de recuperación (…)”.*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SECCIÓN I – ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR EL ESTUDIANTE** | | | | | | | |
| **FECHA DE SOLICITUD:** | | | |  | | | |
| **UNIDAD ACADÉMICA:** | | | |  | | | |
| **CARRERA:** | | | |  | | | |
| **PERÍODO ACADÉMICO:** | | | |  | | | |
| **NOMBRE:** | | | |  | | | |
| **DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** | | | |  | | | |
| **NÚMERO DE TELÉFONO:** | | | |  | | | |
| **CÓDIGO DE LA ASIGNATURA:** | | | |  | | | |
| **NOMBRE DE LA ASIGNATURA:** | | | |  | | | |
| **PARALELO ASIGNADO:** | | | |  | | | |
| **RESPONSABILIDAD DE LA INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO DE DATOS:** | | | | Declaro bajo juramento que la información de este formulario, así como la documentación adjunta al presente es veraz, legítima y auténtica.  Autorizo a la Escuela Politécnica Nacional para que pueda hacer uso de la información de este formulario, así como de la documentación adjunta para el análisis de la presente solicitud. Así también, autorizo a la Escuela Politécnica Nacional valide y verifique documentalmente en cualquier momento la información y documentación proporcionada por mi persona.  Tengo conocimiento que la Escuela Politécnica Nacional se reserva el derecho de iniciar las acciones administrativas a las que hubiere lugar para comprobar la veracidad, legitimidad y autenticidad de la información y documentación presentada, en caso de identificar lo contrario, se procederá a archivar el trámite sin perjuicio del inicio de los procesos o la aplicación de las sanciones que se puedan ejecutar en el marco del Código Orgánico Integral Penal (Art. 328, Art. 328.1), de la Ley Orgánica para La Optimización y Eficiencia de Trámites Administrativos (Art. 3 y Art. 10), de la Ley Orgánica de Educación Superior (Art. 207), así como del Reglamento de Disciplina y Sanciones de la Institución. | | | |
| ***Marcar con una X*** | |  | |
| **FIRMA DEL SOLICITANTE:** | | | |  | | | |
| **SECCIÓN II – ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR LA AUTORIDAD ACADÉMICA** | | | | | **SECCIÓN III - ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR LOS PROFESORES DESIGNADOS** | | |
| **PROFESORES DESIGNADOS** | | | | |
|  | **NOMBRE COMPLETO DEL PROFESOR**  **(APELLIDOS Y NOMBRES)** | | | | **CALIFICACIÓN**  **(SOBRE 40 PUNTOS)** | | **FIRMA** |
| **Profesor 1** |  | | | | **\_\_,\_\_/40,00 puntos** | |  |
| **Profesor 2** |  | | | | **\_\_,\_\_/40,00 puntos** | |  |
| **SECCIÓN III – ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR LA AUTORIDAD ACADÉMICA** | | | | | | | |
| **FECHA DE AUTORIZACIÓN:** | | |  | | | | |
| **NOMBRE DE LA AUTORIDAD:**  **FIRMA:** | | |  | | | | |
| **SECCIÓN IV – ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR EL VICERRECTOR DE DOCENCIA**  *Solo debe ser completada cuando el SAI está cerrado* | | | | | | | |
| **FECHA DE AUTORIZACIÓN:** | | |  | | | | |
| **NOMBRE DEL VICERRECTOR DE DOCENCIA:**  **FIRMA:** | | |  | | | | |
| **SECCIÓN V – ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR LA AUTORIDAD ACADÉMICA**  *Solo debe ser completada cuando el SAI está cerrado* | | | | | | | |
| **PROMEDIO OBTENIDO EN RECALIFICACIÓN:** | | | | | | **\_\_,\_\_/40,00 puntos** | |
| **FECHA DE REGISTRO DE RECALIFICACIÓN EN SAI:** | | | | | |  | |