



UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
Secretaría General

ACTA DE EXAMEN DE SUFICIENCIA

Favor usar letra de imprenta

DATOS DEL ESTUDIANTE

Nombre _____ Cédula _____

Facultad/ Centro Regional/ Extensión Universitaria _____

Asignatura	_____	_____	_____	_____
	Abreviatura	Número	Cod. Asignatura	Cod. Horario

Denominación _____

PARA USO DE LA COMISIÓN

Fecha Examen de Suficiencia _____ No. recibo de matrícula _____

Calificación del Examen de Suficiencia	_____	_____
	Número	Letra

Observaciones _____

Nombre de los Comisionados

Firma

Firma del Decano/ Director de Centro Regional/ Coordinador de Extensión Universitaria,
de la unidad académica que aplicó el Examen de Suficiencia

Fecha _____

Nota: Esta Acta debe ir acompañada por una copia del recibo de matrícula de la asignatura objeto del Examen de Suficiencia