**FORMATO DE REVISIÓN DE RESULTADO**

Veracruz, Ver; a \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_ de 20\_\_

UNIVER

VALENTÍN GÓMEZ FARÍAS 722

COL. RICARDO FLORES MAGÓN. C.P. 91900

VERACRUZ, VER.

Por medio del presente en el uso de mi derecho que establece la política del Apartado E del Normatividad Del Examen General de Acreditación de Saberes Adquiridos, solicito a ustedes considerar lo siguiente:

**<<DESCRIBIR AMPLIAMENTE EL RAZONAMIENTO DE SU INCONFORMIDAD>>**

Nombre:

Perfil de evaluación:

Fecha aplicación:

Sede de aplicación:

Correo electrónico y teléfono de contacto:

Sin más por el momento me despido quedando en espera de su oportuna respuesta:

Atentamente

C.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_