INSTITUTO TECNOLÓGICO DE COSTA RICA
VICERRECTORÍA DE VIDA ESTUDIANTIL Y SERVICIOS ACADÉMICOS
DEPARTAMENTO DE BECAS Y GESTIÓN SOCIAL
OFICINAS DE BECAS DE CAMPUS Y CENTROS ACADÉMICOS

RECURSO DE REVOCATORIA

Complete los datos que se solicitan a continuación

Nombre completo: _____
Número de carné: _____
Campus o centro académico: _____
Carrera que cursa: _____
Número de cédula: _____
Número de teléfono: _____

Justifique las razones por las que solicita revocatoria y presente la documentación probatoria respectiva que respalde su solicitud (en caso que corresponda):
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Firma: _____
Fecha: _____