



**UNIVERSIDAD CENTRAL DEL CARIBE**

**FORMULARIO DE SOLICITUD DE SUSPENSIÓN DE VISTA – TÍTULO IX**

Unidad: \_\_\_\_\_

Fecha de Solicitud: \_\_\_\_\_

Nombre del Solicitante: \_\_\_\_\_

Dirección Postal: \_\_\_\_\_

Número de Identificación: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha y Hora de la Vista: \_\_\_\_\_

Lugar de la Vista: \_\_\_\_\_

Fecha de Radicación del Caso: \_\_\_\_\_

Número del Caso: \_\_\_\_\_

Razón para solicitar la suspensión: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

**USO OFICIAL DEL OFICIAL EXAMINADOR (A)**

-----

Aceptado: \_\_\_\_ Denegado: \_\_\_\_

Fecha del nuevo señalamiento: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Vo.bo. Oficial Examinador/a

Fecha: \_\_\_\_\_