



PROGRAM PASCASARJANA UNIVERSITAS KATOLIK PARAHYANGAN

Kepada Yth :
Direktur Program Pascasarjana U.P. Asisten Direktur I
Universitas Katolik Parahyangan

PERMOHONAN UJIAN SUSULAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

N a m a : NPM :

Program Studi :

Bidang Konsentrasi :

Bermaksud mengikuti ujian susulan UTS/UAS *) pada Pekan Ujian Susulan Semester Ganjil/Genap *)

Tahun Akademik untuk matakuliah :

NO	Matakuliah	Kode	Tanggal UTS/UAS *)

Dengan alasan : (lampirkan surat keterangan)

Saya menyadari bahwa bila permohonan ini dikabulkan, maka jadwal ujian susulan adalah seperti tercantum dalam kalender akademik.

Demikian permohonan ini.

Mengetahui,
Tanggal :

Bandung,

Kepala Program Studi

Pemohon

Disetujui/Ditolak *)
Tanggal :

Asisten Direktur I

Keterangan :

Permohonan diajukan selambat-lambatnya 7 hari kerja setelah matakuliah tersebut diujikan.