

KETIDAKPUASAN NILAI

Surakarta ,

Kepada Yth.

Ketua Jurusan/Program Studi

Di Surakarta

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

NIM :

Semester/ Kelas :

Mengajukan pemeriksaan ulang terhadap **Hasil Ujian Tengah Semester (UTS)/Ujian Akhir Semester (UAS) *** saya, untuk semester **Ganjil/Genap *** tahun akademik /..... yaitu :

Matakuliah :

Dosen :

Saya bersedia dikurangi 1 interval atau lebih dari nilai semula, jika hasil ujian semula benar dan bukan merupakan kesalahan koreksi dari dosen.

Atas perhatiannya, saya ucapkan terima kasih.

Mahasiswa yang bersangkutan

NIM.

Catatan :

- Lampirkan foto copy KTM dan KRS.
- Pengisian formulir harus lengkap.

* Coret yang tidak perlu