

DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES

SOLICITUD DE BAJA DE CURSO DE VERANO 2017

NOMBRE:	<input type="text"/>	NÚM. DE CONTROL:	<input type="text"/>
CARRERA:	<input type="text"/>	SEMESTRE:	<input type="text"/>
CORREO ELECTRÓNICO:	<input type="text"/>	TEL:	<input type="text"/>

MATERIA(S) SOLICITADA(S):

NOMBRE	CLAVE	HORARIO	NOMBRE DEL DOCENTE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

MOTIVO DE LA SOLICITUD DE BAJA:

FECHA: _____

FOLIO: _____

FAVOR DE LLEVAR ORIGINAL Y COPIA, DEBIDAMENTE REQUISITADO