


**SOLICITUD DE REGULARIZACIÓN ACADÉMICA**

Ciudad de México, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

C.

 DIRECTOR DEL PLANTEL  
 PRESENTE.

Con fundamento en la Normatividad vigente del Sistema CONALEP y previo pago de los derechos correspondientes:

|            |        |  |
|------------|--------|--|
| Nombre:    |        |  |
| Matrícula: |        |  |
| Carrera:   | Grupo: |  |

SOLICITO A USTED LA INSCRIPCIÓN EN EL:

|  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ASESORÍAS COMPLEMENTARIAS SEMESTRALES | <input type="checkbox"/> ASESORÍAS COMPLEMENTARIAS INTERSEMESTRALES |
|--|---|

NOMBRE DEL(OS) MÓDULO(S):

|    |  |
|----|--|
| 1. |  |
| 2. |  |
| 3. |  |

|                           |   |
|---------------------------|---|
| Nombre y Firma del Alumno | Nombre y Firma de quien recibe la solicitud |
|---------------------------|---|

SELLO

NOTA: ESTA SOLICITUD DEBERÁ REGRESARLA A SERVICIOS ESCOLARES PARA SU INSCRIPCIÓN EN EL SISTEMA

 COLEGIO NACIONAL DE EDUCACIÓN PROFESIONAL TÉCNICA  
 PLANTEL AZTAHUACAN  
 COMPROBANTE DE SOLICITUD DE REGULARIZACIÓN ACADÉMICA

FECHA: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_

CARRERA: \_\_\_\_\_ GRUPO: \_\_\_\_\_

|  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ASESORÍAS COMPLEMENTARIAS SEMESTRALES | <input type="checkbox"/> ASESORÍAS COMPLEMENTARIAS INTERSEMESTRALES |
|--|---|

NOMBRE DEL(OS) MÓDULO(S):

|    |  |
|----|--|
| 1. |  |
| 2. |  |
| 3. |  |

SELLO

|                           |   |
|---------------------------|---|
| Nombre y Firma del Alumno | Nombre y Firma de quien recibe la solicitud |
|---------------------------|---|

