



SOLICITUD DE ASESORÍAS SEMESTRALES



DIRECTOR DEL PLANTEL _____ CLAVE _____
P R E S E N T E.
 DE ACUERDO CON EL REGLAMENTO VIGENTE PREVIO PAGO DE LOS DERECHOS CORRESPONDIENTES:
 EL SUSCRITO _____
 ALUMNO DE ESTE PLANTEL, INSCRITO CON NÚMERO DE MATRÍCULA _____
 EN EL _____ SEMESTRE DE LA CARRERA _____
 CON PLAN DE ESTUDIOS _____ EN EL GRUPO _____ SOLICITO A USTED LA
 INSCRIPCIÓN EN :
 ASESORÍA SEMESTRAL (1)
 CON FECHA: _____
 MÓDULO: _____
 DOCENTE: _____
 ASESORÍA SEMESTRAL (2)
 CON FECHA: _____
 MÓDULO: _____
 DOCENTE: _____
 ASESORÍA SEMESTRAL (3)
 CON FECHA: _____
 MÓDULO: _____
 DOCENTE: _____

ATENTAMENTE

 Nombre y Firma del Alumno

Fecha:

--	--	--	--	--	--

 Día Mes Año

PLANTEL: _____

COMPROBANTE PARA EL ALUMNO DE LA SOLICITUD DE ASESORÍAS SEMESTRALES

NOMBRE: _____ MATRÍCULA: _____
 CARRERA: _____ GRUPO: _____

- 1.- MÓDULO: _____
 FECHA _____ DOCENTE: _____
- 2.- MÓDULO: _____
 FECHA _____ DOCENTE: _____
- 3.- MÓDULO: _____
 FECHA _____ DOCENTE: _____

