

SOLICITUD DE ASESORÍAS SEMESTRALES

Sello
recepción

VICTOR ANTONIO OSORIO MENDEZ
DIRECTOR DEL PLANTEL IZTAPALAPA I

CLAVE 003

P R E S E N T E.

DE ACUERDO CON EL REGLAMENTO VIGENTE PREVIO PAGO DE LOS DERECHOS CORRESPONDIENTES:

EL SUSCRITO _____
ALUMNO/ALUMNA 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 EL:

MÓDULO (1): _____

DOCENTE: _____

CON FECHA: _____

MÓDULO (2): _____

DOCENTE: _____

CON FECHA: _____

MÓDULO (3): _____

DOCENTE: _____

CON FECHA: _____

ATENTAMENTE

Nombre y Firma del Alumno/Alumna

Fecha:

				2	0	2	4
				Día	Mes		Año

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: _____

Sello
recepción