



SOLICITUD DE ASESORÍAS SEMESTRALES

Sello

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: _____

Sello

