



SOLICITUD DE ASESORÍAS INTERSEMESTRALES

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 EL:

CON FECHA: _____

MÓDULO (1): _____

DOCENTE: _____

CON FECHA: _____

MÓDULO (2): _____

DOCENTE: _____

CON FECHA: _____

MÓDULO (3): _____

DOCENTE: _____

CON FECHA: _____

ATENTAMENTE

Nombre y Firma del Alumno

Fecha:

Día		Mes		Año	

COMPROBANTE PARA EL ALUMNO DE LA SOLICITUD DE ASESORÍAS INTERSEMESTRALES

NOMBRE: _____ MATRÍCULA: _____

CARRERA: _____ GRUPO: _____

1.- MÓDULO: _____

FECHA _____ DOCENTE: _____

2.- MÓDULO: _____

FECHA _____ DOCENTE: _____

3.- MÓDULO: _____

FECHA _____ DOCENTE: _____

