



SOLICITUD DE ASESORÍAS SEMESTRALES

Sello

DRA. BEATRIZ ABURTO CARPINTEYRO
DIRECTORA PLANTEL TLALPAN I
P R E S E N T E.

De acuerdo con las Reglas de convivencia escolar del sistema Conalep, previo pago de los derechos correspondientes, el suscrito: _____

alumno de este plantel, inscrito con número de matrícula _____ en el _____ semestre de la carrera de P.T.B. en _____

con plan de estudios _____ en el grupo _____ solicito a usted la inscripción en:

ASESORÍA SEMESTRAL

MÓDULO 1: _____

CON FECHA: _____

DOCENTE: _____

ASESORÍA SEMESTRAL

MÓDULO 2: _____

CON FECHA: _____

DOCENTE: _____

ASESORÍA SEMESTRAL

MÓDULO 3: _____

CON FECHA: _____

DOCENTE: _____

ATENTAMENTE

Nombre y Firma del Alumno

Fecha: _____
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



2025
Año de
La Mujer
Indígena

Calle del Río No.1 Col. Toriello Guerra C.P. 14050, CDMX, TEL. 5556651920, 5556650944 Y 5556650944
<https://cdmx.conalep.edu.mx/tlalpan1>