



SOLICITUD DE ASESORÍAS SEMESTRALES

MTRO. FRANCISCO NORBERTO VARELA CRUZ

DIRECTOR DEL PLANTEL SANTA FE

P R E S E N T E.

DE ACUERDO CON LAS REGLAS DE CONVIVENCIA ESCOLAR VIGENTES PREVIO PAGO DE LOS DERECHOS CORRESPONDIENTES:

EL SUSCRITO _____ EN
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:

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 SEMESTRALES (ANOTAR NUEVAMENTE)

NOMBRE: _____

MATRÍCULA: _____

CARRERA: _____

GRUPO: _____

1.- MÓDULO: _____

FECHA _____ DOCENTE: _____

2.- MÓDULO: _____

FECHA _____ DOCENTE: _____

3.- MÓDULO: _____

FECHA _____ DOCENTE: _____

