DEPARTAMENTO DE SERVICIOS ESCOLARES
CONTROL ESCOLAR

SOLICITUD DE BAJA

NOMBRE_____ TEMPORAL _____

ESPECIALIDAD_____ DEFINITIVA _____

NO. DE CONTROL_____ ULTIMO SEMESTRE CURSADO_____

CAUSAS POR LA QUE SOLICITA LA BAJA

CAMBIO DE RESIDENCIA _____
A DONDE : _____

CAMBIO DE ESCUELA _____
CUAL: _____

PROBLEMAS FAMILIARES_____
PROBLEMAS DE SALUD _____
PROBLEMAS ECONOMICOS_____
MOTIVOS DE TRABAJO _____
EGRESO:_____
OTROS:_____

CONSTANCIA DE NO ADEUDO

DEPARTAMENTO DE GESTION TECNOLOGICA Y VINCULACION **NOMBRE, FIRMA Y SELLO**	DEPARTAMENTO DEL CENTRO DE INFORMACION **NOMBRE, FIRMA Y SELLO**
DEPARTAMENTO DE RECURSOS FINANCIEROS **NOMBRE, FIRMA Y SELLO**	DEPARTAMENTO ACADEMICO, TALLERES Y LABORATORIO **NOMBRE, FIRMA Y SELLO**

DOMICILIO_____
TELEFONO_____
ACAPULCO, GRO. A _____ DE _____ DEL_____

_____ _____

DEPTO. DE SERVICIOS ESCOLARES **FIRMA DEL INTERESADO**