Logo y nombre de Unidad Académica



**Universidad Autónoma del Estado de Morelos**

**DIRECCIÓN GENERAL DE SERVICIOS ESCOLARES**

**DEPARTAMENTO DE CONTROL ESCOLAR**

**SOLICITUD DE CAMBIO DE SITUACIÓN ESCOLAR**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre del Alumno:** |  | **Fecha:**  |  / / |
| **Matrícula:** |  |
| **Programa Educativo:** |  | **Grupo:** |  |
| **Turno:** |  |

|  |
| --- |
| **ALTA DE SEMESTRE/CUATRIMESTRE** |
| **A PARTIR DE :** **Semestre/Cuatrimestre: Año:** |

|  |
| --- |
| **BAJA TEMPORAL** |
| **SISTEMA ESCOLARIZADO** |
| **A PARTIR DE:**Agosto-Diciembre Año:Enero-Junio Año: | **INGRESA NUEVAMENTE EN:**Agosto-Diciembre Año:Enero-Junio Año: |
| **SISTEMA ABIERTO** |
| **A PARTIR DE:**Enero-Abril Año:Mayo-Agosto Año:Septiembre-Diciembre Año: | **INGRESA NUEVAMENTE EN:**Septiembre-Diciembre Año:Mayo-Agosto Año:Enero-Abril Año: |
| **No. de semestres/cuatrimestres anteriores en baja temporal:** | **Fecha de último pago de inscripción o reinscripción:****Periodo: Año:**  |
|

|  |
| --- |
| **BAJA DEFINITIVA:** |
|  / / 20 **A PARTIR DE (fecha):**  **(dd/mm/aa)** | **Motivo:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Solicita:** | **Autorizan:** |
| **Firma del Interesado** | **Nombre y firma del Director de la****Unidad Académica** | **M.E. DAVID JUÁREZ GUERRERO****Director General de Servicios Escolares** |