Universidad Autónoma del Estado de Morelos

FACULTAD DE DISEÑO

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:	**INGRESA NUEVAMENTE EN:**
Agosto-Diciembre Año:	Agosto-Diciembre Año:
Enero-Junio Año:	Enero-Junio Año:

SISTEMA ABIERTO

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

BAJA DEFINITIVA: ☐

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**