



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:		Semestre y Grupo:	
		Turno:	

ALTA DE SEMESTRE <input type="checkbox"/>	CAMBIO DE TURNO: <input type="checkbox"/>	CAMBIO DE GRUPO: <input type="checkbox"/>
Semestre: (indicar periodo)		
<input type="text"/>	Turno Solicitado: <input type="text"/>	Grupo Solicitado: <input type="text"/>

BAJA TEMPORAL <input type="checkbox"/>	
SISTEMA SEMESTRAL	
A PARTIR DE:	INGRESA NUEVAMENTE EN:
Agosto-Diciembre Año: <input type="text"/>	Agosto-Diciembre Año: <input type="text"/>
Enero-Junio Año: <input type="text"/>	Enero-Junio Año: <input type="text"/>
Motivo:	
Número de semestres anteriores en baja temporal: <input type="text"/>	Fecha de último pago de inscripción o reinscripción: Periodo: Año:

BAJA DEFINITIVA VOLUNTARIA: <input type="checkbox"/>	
A PARTIR DE (fecha): <input type="text"/> (dd/mm/aa)	Motivo:

Solicita:	Autoriza:
FIRMA DEL ALUMNO	Mtra. Merle Lisbet García estrada NOMBRE Y FIRMA DEL SECRETARIA EJECUTIVA IICBA