



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)	Turno Solicitado:	Grupo Solicitado:
<input type="text"/> 2024	<input type="text"/>	<input type="text"/>

BAJA TEMPORAL <input type="checkbox"/>			
SISTEMA SEMESTRAL			
A PARTIR DE:		INGRESA NUEVAMENTE EN:	
<input type="text"/> Agosto-Diciembre	<input type="text"/> Año:	<input type="text"/> Agosto-Diciembre	<input type="text"/> Año:
<input type="text"/> Enero-Junio	<input type="text"/> Año:	<input type="text"/> Enero-Junio	<input type="text"/> Año:
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. JESICA LÓPEZ BUCIO FABIAN DIRECTORA DE LA FACULTAD DE NUTRICIÓN