



Oficina de Registraduría

SOLICITUD DE BAJA (TOTAL)

Nombre : _____ Número de Estudiante : _____ Fecha de solicitud: _____
 Año Académico: _____ Semestre: _____ Nivel: _____
 Dirección Postal : _____

Programa de Medicina (MD) 4 años
 Bachillerato en Ciencias de Enfermería

Programa de Medicina (MD) 5 años
 Maestría en Salud Pública

Explique la razón de la baja:

(puede continuar al dorso).

Para que la Oficina de Registraduría procese esta solicitud deberá obtener el visto bueno de las siguientes oficinas:

<u>Oficina</u>	<u>Firma</u>
Coordinador(a) del Programa	_____
Oficina de Orientación	_____
Decanato de Estudiantes	_____
Oficina Asistencia Económica	_____
Centro Recursos para el Aprendizaje	_____
Decanato de Administración (Tarjeta de Estacionamiento)	_____
Oficina de Finanzas	_____
Decanato Académico	_____

Término Académico _____

<u>NOMBRE DEL CURSO</u>							
<u>PRIMER DIA ASISTIDO MM/DD/YYYY</u>							
<u>ULTIMO DIA ASISTIDO MM/DD/YYYY</u>							
<u>FIRMA DEL PROFESOR DEL CURSO</u>							

Oficina de Registraduría _____ Fecha de baja Oficial _____

Certifico que he sido orientado(a) por los oficiales que firman esta solicitud y que entiendo los procesos a seguir, de interesar continuar mis estudios en esta Institución.

Firma del Estudiante

Fecha

ID Devuelto: SI
NO