UNIVERSIDAD VERACRUZANA

DIRECCIÓN GENERAL DE ADMINISTRACIÓN ESCOLAR
REGIÓN COATZACOALCOS-MINATITLÁN
Facultad de Medicina, Dependencia: 52403, Clave: 14160

FMM-SA-02

SOLICITUD DE BAJA POR EXPERIENCIA EDUCATIVA

DURANTE MI CARRERA, ESTA ES LA SOLICITUD No _____/5
Con letra

DATOS DEL ALUMNO			
PRIMER APELLIDO	**SEGUNDO APELLIDO**	**NOMBRE (S)**	**Matrícula**

DOMICILIO ACTUAL	**EN EMERGENCIA AVISAR A:**	**SERVICIO MEDICO**
	Teléfono:	**Institución:**
	Nombre:	**No. de seguridad social:**
Correo electrónico institucional:		
Teléfono:		

DATOS ACADÉMICOS

PROGRAMA EDUCATIVO	**CAMPUS**	**PERIODO: (1) Ago/Ene (2) Feb/Jul**
Médico Cirujano	I Minatitlán, Nivel L	**Clave SIIU:**
MEDI-04-E-CR	Código 42	de a

BAJA DE EXPERIENCIA EDUCATIVA

NRC	**EXPERIENCIA EDUCATIVA**		**INSCRIPCIÓN**		**HORAS Teo/Prac**	**CRÉDITOS**
			1ª.	**2ª.**		
		Sección:			/	
	Catedrático:	**NP:**				

MOTIVO:

REFERENTE LEGAL Estatuto de alumnos 2008

Artículo 36: La baja temporal por experiencia educativa permite cancelar el registro académico de inscripción a la misma, y su autorización queda sujeta al número mínimo de créditos o de experiencias educativas requeridos por período escolar, establecido en cada plan de estudios. A la baja temporal por experiencia educativa sólo pueden acceder aquellos alumnos que cursan sus estudios en planes de estudio flexibles. Para obtenerla observarán lo siguiente:

I. Solicitar y contar con la autorización correspondiente en el curso de los primeros cinco días hábiles a partir de la fecha de inicio del período escolar; y
II. El número permitido de este tipo de bajas es hasta de cinco veces durante la permanencia en el programa educativo que se curse.

SISTEMA DE TUTORÍAS ACADÉMICAS

TUTOR ACADÉMICO	Vo. Bo.
Nombre y firma	Mtra. Yared Sarai Velazco Gómez Coordinador de tutorías

TIPO DE INSCRIPCIÓN

REINGRESO		**TRASLADO**	**REVALIDACIÓN O EQUIVALENCIA**	**REINGRESO DE BAJA TEMPORAL**	
		Referencia de autorización	**Referencia de autorización**		

REQUISITO PARA PASAR A VENTANILLA

Sello, nombre y rubrica del responsable del proceso en ventanilla	

ATENTAMENTE
LIS DE VERACRUZ, ARTE, CIENCIA, LUZ

MINATITLÁN, VER. A_____DE_____DEL 20_____

_____ **Autorización:** _____
ESTUDIANTE (Nombre y firma) **SECRETARIA DE LA FACULTAD**

* Sujeto a la revisión de escolaridad. * Usar tinta azul en el original.