



Universidad Veracruzana
Facultad de Odontología
Xalapa

Solicitud de **ALTA** de Experiencia Educativa (EE)
Periodo 202501: agosto 2024 – enero 2025
Facultad de Odontología Región Xalapa



Fecha: / 08 / 2024

MSP. Alicia Martínez Flores
Secretaria Académica
PRESENTE:

El (la) que suscribe _____
con matrícula _____ alumno(a) del programa educativo de Cirujano
Dentista, solicito dar de **ALTA** la (s) siguiente(s) experiencia(s) educativa(s):

NRC	Nombre EE	Inscripción		No. de créditos inscritos en la IL
		1 ^a .	2 ^a .	

Firma del Alumno(a)

No. de celular:

No. de espacios disponibles	Procede		Observaciones
	Si	No	