



Universidad Veracruzana  
Facultad de Odontología  
Xalapa

Solicitud de **BAJA** 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 **BAJA** la siguiente experiencia educativa.

NRC	Nombre EE	Inscripción		No. de créditos inscritos en la IL
		1 <sup>a</sup> .	2 <sup>a</sup> .	

\_\_\_\_\_  
Firma del Alumno(a)

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del Tutor (a)

No. de celular:

Correo electrónico:

**Nota:** Recuerda que el número permitido de baja(s) de EE es hasta cinco veces, durante tu permanencia en el programa educativo. Estatuto de los Alumnos 2008.

Médicos y Odontólogos s/n Col. Unidad del Bosque C.P. 91010 Xalapa de Enríquez Veracruz, México  
Teléfonos 8153532. 8421700 Exts. 16121 y 16124  
Fax 8153532