# FORMATO PARA LUGARES VACANTES

# EN EXPERIENCIAS EDUCATIVAS

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | | | | | | | **MARCA CON UNA (x) EL PERIODO** | | | | |
|  | | | | | | FECHA | | | FEB-JUL | | INTER VERANO | AGO-ENE | INTER INVIERNO |
|  | / / | | |  | |  |  |  |
| **DATOS DEL ALUMNO** | | | | | | | | | | | | | |
| **MATRICULA** | | | | **APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE(S)** | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | | |
| **DATOS DEL PROGRAMA ACADEMICO DE ORIGEN** | | | | | | | | | | | | | |
| PROGRAMA EDUCATIVO (LIC) | | | | | | | | ENTIDAD ACADEMICA (FACULTAD) | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | |
| **MODALIDAD** | | | | | | **REGION** | | | | **AREA ACADEMICA** | | | |
|  | | | | | | XALAPA | | | | CIENCIAS DE LA SALUD | | | |
| **ALTA DE EXPERIENCIA EDUCATIVA** | | | | | | | | | | | | | |
| **OPORTUNIDAD** | | | **NRC** | **HORARIO DE LA EE** | | | **NOMBRE DE LA EE** | | | | | | |
| 1º | 2º | |  |  | | |  | | | | | | |
| 1º | 2º | |  |  | | |  | | | | | | |
| 1º | 2º | |  |  | | |  | | | | | | |
| 1º | 2º | |  |  | | |  | | | | | | |
| 1º | 2º | |  |  | | |  | | | | | | |
| 1º | 2º | |  |  | | |  | | | | | | |
| 1º | 2º | |  |  | | |  | | | | | | |
| 1º | 2º | |  |  | | |  | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOMBRE Y FIRMA DEL ALUMNO(A)** | | **NOMBRE Y FIRMA DEL TUTOR(A)** |
|  | |  |
| **Núm. de Teléfono:** |  |

### Xalapa ver. A de del 20\_\_\_\_\_\_.

**OBSERVACIONES:**

* El documento debe ser llenado con tinta azul o en computadora (firmar con tinta azul).
* El alta procede siempre y cuando exista lugar disponible en la EE y no exista conflicto de horario con otra EE.
* Si al dar de baja no alcanza el mínimo de créditos, la baja de la EE NO procede. Solo se permiten con fundamento en el estatuto de los alumnos 2008 un máximo de 5 bajas en toda la carrera.
* Para baja y/o alta de E.E- dentro del semestre recuerda anexar HORARIO y CARDEX a tu solicitud.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y Firma de Autorización