|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DATOS DEL ALUMNO | | | | | |
| NOMBRE DEL ALUMNO: | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | | | FECHA: | Haga clic aquí o pulse para escribir una fecha. |
| TELÉFONO: |  | CORREO ELECTRÓNICO: |  | | |
| LICENCIATURA: | Elija un elemento. | | CUATRIMESTRE o  SEMESTRE: | | Elija un elemento. |
| No. MATRÍCULA: |  | | TIPO DE BAJA: | | Elija un elemento. |
| MODALIDAD: | Elija un elemento. | | MOTIVO DE LA BAJA: | | TERMINACIÓN DE ESTUDIOS. |

Por medio del presente me dirijo a usted para solicitar la devolución de la documentación entregada al ingresar como alumno de esta Universidad, en virtud de haber concluido mis estudios de nivel superior.

Para tal efecto, anexo a la presente los siguientes documentos:

1. Historial de Pagos
2. Historial Académico

|  |
| --- |
| Atentamente  Firma del Alumno(a) |
| (Llenado exclusivo por la Universidad)  **MTRA. KENIA CRISTINA RODRÍGUEZ OROZCO**  Autorización Dirección Académica |

Fecha de Baja en SICE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_