



CIMAT
POSGRADOS

FECHA ____ / ____ / ____

SEMESTRE: _____

COORDINACIÓN DE FORMACIÓN ACADÉMICA
Departamento de Servicios Escolares

SOLICITUD PARA ALTA / BAJA DE CURSO

Nombre del Alumno: _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s)

Programa que Cursa: _____

Materia-Profesor:

1) _____ () Alta () Baja

2) _____ () Alta () Baja

3) _____ () Alta () Baja

Firma del Alumno

Firma del Tutor ó Asesor

Firma del Coordinador del Programa



CIMAT
POSGRADOS

FECHA ____ / ____ / ____

SEMESTRE: _____

COORDINACIÓN DE FORMACIÓN ACADÉMICA
Departamento de Servicios Escolares

SOLICITUD PARA ALTA / BAJA DE CURSO

Nombre del Alumno: _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s)

Programa que Cursa: _____

Materia-Profesor:

1) _____ () Alta () Baja

2) _____ () Alta () Baja

3) _____ () Alta () Baja

Firma del Alumno

Firma del Tutor ó Asesor

Firma del Coordinador del Programa