

SOLICITUD DE **BAJA DEFINITIVA DEL PROGRAMA**

NOMBRE: _____ **NO. DE CUENTA:** _____

SEMESTRE DE INGRESO: _____ **SEMESTRE EGRESO:** _____ **NIVEL:** _____

CAMPO DEL CONOCIMIENTO: _____ **ENTIDAD ACADÉMICA:** _____
(CIENCIAS MÉDICAS)

CAMPO DISCIPLINARIO: _____

NOMBRE DEL TUTOR: _____

JUSTIFICACIÓN:

Cd. Universitaria, Cd. Mx., a _____ de _____ del _____.

NOMBRE Y FIRMA DEL ALUMNO

NOMBRE Y FIRMA DEL TUTOR PRINCIPAL

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA ENTIDAD Y/O CAMPO DISCIPLINARIO

NOMBRES Y FIRMAS DEL COMITÉ TUTOR