

SOLICITUD DE **REINCORPORACIÓN AL PROGRAMA**

DEBERÁ SOLICITARSE DESPUÉS DE LA AUTORIZACIÓN DE SUSPENSIÓN TEMPORAL

NOMBRE: \_\_\_\_\_ NO. DE CUENTA: \_\_\_\_\_

SEMESTRE DE INGRESO: \_\_\_\_\_ SEMESTRE EGRESO: \_\_\_\_\_ NIVEL: \_\_\_\_\_

CAMPO DEL CONOCIMIENTO: \_\_\_\_\_ ENTIDAD ACADÉMICA: \_\_\_\_\_  
(CIENCIAS MÉDICAS)

CAMPO DISCIPLINARIO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL TUTOR: \_\_\_\_\_

TÍTULO DEL PROYECTO: \_\_\_\_\_

No. ACUERDO Y FECHA DE AUTORIZACIÓN DE LA SUSPENSIÓN TEMPORAL EMITIDO POR EL COMITÉ ACADÉMICO:

\_\_\_\_\_ SEMESTRE AL QUE SE REINCORPORA: \_\_\_\_\_

Cd. Universitaria, Cd. Mx, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL ALUMNO

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL TUTOR

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

\_\_\_\_\_  
NOMBRES Y FIRMAS DEL COMITÉ TUTOR