

SOLICITUD DE **SUSPENSIÓN TEMPORAL DEL PROGRAMA**

PARA PODER PROCESARLA ANTE LA SAEP, DEBERÁ EXISTIR UNA INSCRIPCIÓN AL SEMESTRE QUE ESTÉ POR EMPEZAR.

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

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

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

CAMPO DISCIPLINARIO: _____

NOMBRE DEL TUTOR: _____

TÍTULO DE PROYECTO: _____

1ª SUSPENSIÓN ()

2ª SUSPENSIÓN ()

JUSTIFICACIÓN:

**LAS SUSPENSIONES TEMPORALES SE SOLICITAN POR SEMESTRE
POSTERIOR A LA (S) SUSPENSIÓN (ES) TEMPORAL (ES), SE DEBERÁ SOLICITAR LA REINCORPORACIÓN AL PROGRAMA.**

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