



**Universidad Autónoma del Estado de Morelos**

**DIRECCIÓN GENERAL DE SERVICIOS ESCOLARES**

**DEPARTAMENTO DE CONTROL ESCOLAR**

**SOLICITUD DE CAMBIO DE SITUACIÓN ESCOLAR**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre del Alumno:** |  | **Fecha:** | / / |
| **Matrícula:** |  |
| **Programa Educativo:** |  | **Semestre y Grupo:** |  |
| **Turno:** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ALTA DE**  **SEMESTRE** | **CAMBIO DE TURNO:** | **CAMBIO DE GRUPO:** |
| **Semestre:**  **(indicar periodo)**  2023 | **Turno Solicitado:** | **Grupo Solicitado:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **BAJA TEMPORAL** | |
| **SISTEMA SEMESTRAL** | |
| **A PARTIR DE:**  Agosto-Diciembre Año:  Enero-Junio Año: | **INGRESA NUEVAMENTE EN:**  Agosto-Diciembre Año:  Enero-Junio Año: |
| **Motivo:** | |
| **Número de semestres anteriores en baja temporal:** | **Fecha de último pago de inscripción o reinscripción:**  **Periodo: Año:** |
|

|  |  |
| --- | --- |
| **BAJA DEFINITIVA VOLUNTARIA:** | |
| / /  20    **A PARTIR DE (fecha):**  **(dd/mm/aa)** | **Motivo:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Solicita:** | **Autoriza:** |
| **FIRMA DEL ALUMNO** | **NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR DE LA**  **UNIDAD ACADÉMICA** |