



**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** |