 **LICENCIATURA**

**SOLICITUD DE REINCORPORACIÓN**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRE (S) | MODALIDAD | | MATRÍCULA (ID BANNER) |
| PLANTEL ORIGEN | CARRERA | TELÉFONO PARTICULAR/ CELULAR | | ÚLTIMO CUATRIMESTRE CURSADO | |

------------------------------------------- FIRMA DEL ALUMNO

FECHA:

ESPACIO QUE SOLO DEBERÁ SER LLENADO POR CONTROL INTERNO

AUTORIZACIÓN POR ÁREA

|  |  |
| --- | --- |
| **COORDINACIÓN ACADÉMICA:**  .  **FECHA, NOMBRE Y FIRMA:** | **CONTROL ESCOLAR: RESPONSABLE DEL PLANTEL.**    **FECHA, NOMBRE Y FIRMA:** |
| **DIRECTOR DEL PLANTEL:**  . .  **FECHA, NOMBRE Y FIRMA**: | **CONTROL ESCOLAR: GERENCIA**  FECHA, NOMBRE Y FIRMA:: |