

Nombre de la persona becaria: _____

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)
------------------	------------------	-----------

CVU: _____ Grado: _____

Institución: _____

Nombre del Programa de Posgrado: _____

Tipo de baja que solicita:

<input type="checkbox"/>	Por deserción	No. de oficio de la Coordinación: _____ Fecha: ___/___/20__
<input type="checkbox"/>	Por faltas al reglamento	No. de oficio de la Coordinación: _____ Fecha: ___/___/20__
<input type="checkbox"/>	Por enfermedad crítica	Fecha de constancia médica: ___/___/20__
<input type="checkbox"/>	Por renuncia explícita	Fecha de escrito del becario: ___/___/20__
<input type="checkbox"/>	Por defunción	No. de acta _____ Fecha: ___/___/20__
<input type="checkbox"/>	Obtención del Grado Previo al Término de la vigencia de la beca	Fecha del Acta de Obtención del Grado: ___/___/20__ No. de folio: _____
<input type="checkbox"/>	Por proporcionar información falsa	No. de oficio de la Coordinación: _____ Fecha: ___/___/20__
<input type="checkbox"/>	Por solicitud de la institución	No. de oficio de la Coordinación: _____ Fecha: ___/___/20__
<input type="checkbox"/>	Por término de Estudios (Cambio de grado para Programas Integrados)	No. de oficio de la Coordinación: _____ Fecha: ___/___/20__

Fundamentación y motivación que sustenta la solicitud de baja:

Vo. Bo. de la Coordinación Académica del
Programa de Posgrado

Sello de la Institución



Nombre y firma (autógrafa o digital)

Fecha de solicitud: ___/___/20__
dd mm aaaa