



Nombre de la persona becaria: _____

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

CVU: _____ Grado: _____

Institución: _____

Nombre del Programa de Posgrado: _____

Datos para la reanudación de beca:

Fecha de reinicio del programa	____/____/____ dd/ mm/aaaa
Fecha y número de folio del comprobante de inscripción al período solicitado con carga académica completa del periodo a cursar	____/____/____ dd/ mm/aaaa Folio: _____

Tipo de reanudación:

- Por enmendar falta cometida Por reincorporación al Posgrado

Comentarios sobre la solicitud de suspensión:

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