



FORMATO PARA LA SUSPENSIÓN DE LA BECA

Nombre de la persona becaria:

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre(s)

CVU: _____

Grado: _____

Institución: _____

Nombre del Programa de Posgrado: _____

Tipo de suspensión que solicita:

<input type="checkbox"/>	Por incapacidad temporal (enfermedad)	Fecha de constancia médica: ____/____/20____
<input type="checkbox"/>	Solicitado por la persona becaria por causas de fuerza mayor	Fecha de solicitud escrita de la persona becaria: ____/____/20____
<input type="checkbox"/>	Por cambio de Institución o programa	No. de oficio de la Coordinación: _____ Fecha: ____/____/20____
<input type="checkbox"/>	Por faltas al Reglamento del CONACYT o normatividad de la Institución	No. de oficio de la Coordinación: _____ Fecha: ____/____/20____

Fundamentación y motivación que sustenta la solicitud de la 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