

FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRIOLOGÍA

SECRETARIA ACADEMICA

SOLICITUD DE BAJA TEMPORAL / DEFINITIVA

☐

TEMPORAL

☐

DEFINITIVA

Nombre: _____ Matrícula: _____

Programa educativo: _____

Plan: _____ Modalidad: _____ Campus: _____

Fecha de solicitud: _____

Motivo de la baja: _____

Nombre y firma del alumno