



FACULTAD DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

SOLICITUD DE CAMBIO DE GRUPO



MTRA. ROSA AMARILIS ZARATE GRAJALES

DIRECTORA

PRESENTE

Nombre del alumno: _____

Semestre: _____

Grupo Actual: _____

Carrera: _____

No. de Cuenta: _____

Teléfono: _____

Correo: _____

Por medio de la presente solicito cambio de turno del:

Turno asignado: Matutino ☐ Vespertino ☐

Opción 1 Opción 2

Turno que solicita: Matutino ☐ Vespertino ☐

Grupo a solicitar:

Art. 35 del Reglamento General de Inscripciones:

Sólo se concederán cambios de grupo dentro de los quince días siguientes a la iniciación de cursos, si el cupo de los grupos lo permite.

La solicitud formulada ante usted tiene como fundamento las siguientes razones:

ATENTAMENTE

Ciudad de México, _____ de _____ del 20____

Nombre y firma del alumno

Anexar a la solicitud una identificación oficial, comprobante de inscripción o tira de materias y adjunta cualquier documentación que considere pertinente y que respalde los motivos de su solicitud. Subir en el Sistema todos los documentos en un solo archive PDF.