



**CENTRO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD
COORDINACIÓN DE CONTROL ESCOLAR
SOLICITUD DE CUPO EN CURSOS REMEDIALES (PLAN 2000-2014) PARA EL CAL. 2019 A:**



CODIGO: _____ **NOMBRE:** _____ **FECHA:** _____

CARRERA: _____ **CORREO ELECTRÓNICO:** _____ **TEL:** _____

UNIDAD DE APRENDIZAJE DE PLAN VIEJO:

CLAVE:	NRC:	M A T E R I A:

UNIDAD DE APRENDIZAJE DE PLAN NUEVO:

CLAVE:	NRC:	M A T E R I A:	HORARIO	DIAS	CICLO

FIRMA DEL ALUMNO

VoBo Y AUTORIZACIÓN DEL DPTO

Nota: Para que tu trámite sea aplicado deberá estar al corriente en su pago. Checa en SIAU que si aparece tu curso en tu horario de clases.