



**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.