CENTRO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD
COORDINACIÓN DE CONTROL ESCOLAR
SOLICITUD DE CUPO EN CURSOS REMEDIALES (PLAN 2000-2014) PARA EL CAL. 2018 B:

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

.

FIRMA DEL ALUMNO

VoBo Y AUTORIZACIÓN DEL DPTO

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