



FORMATO PARA LA SUSPENSIÓN DE BECA

Nombre del becario:		
_____	_____	_____
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)
No. de becario: _____	CVU: _____	Grado: _____
Institución _____		
Nombre del Programa de Posgrado _____		

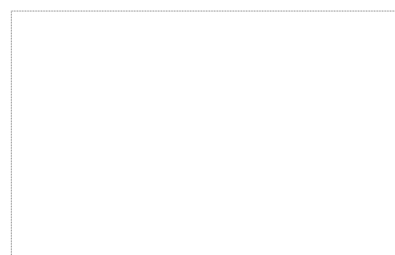
Tipo de suspensión que solicita:

<input type="checkbox"/>	Por incapacidad temporal	Fecha de constancia médica: ___/___/20
<input type="checkbox"/>	Por solicitud personal	Fecha de solicitud escrita del becario: ___/___/20
<input type="checkbox"/>	Por solicitud de la Institución	Fecha de oficio de la Coordinación: ___/___/20 No. de Referencia: _____
<input type="checkbox"/>	Por faltas al Reglamento del CONACYT o normatividad de la Institución	Fecha de oficio de la Coordinación: ___/___/20 No. de Referencia: _____
Comentarios sobre la solicitud de suspensión:		

Vo. Bo. Del Coordinador Académico de Posgrado

Sello de la Institución

Nombre y firma



Fecha de solicitud: ___/___/20___
dd mm aaaa