



FORMATO PARA LA CANCELACIÓN DE LA BECA

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

Tipo de baja que solicita:

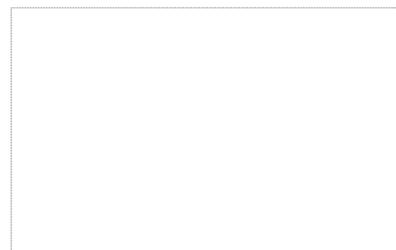
<input type="checkbox"/>	Por deserción	No. de oficio de la Coordinación: _____ Fecha: ___/___/20__
<input type="checkbox"/>	Por bajo promedio	Fecha de la constancia: ___/___/20__ Promedio obtenido: _____
<input type="checkbox"/>	Por enfermedad crítica	Fecha de constancia médica: ___/___/20__
<input type="checkbox"/>	Por renuncia expresa	Fecha de escrito del becario: ___/___/20__
<input type="checkbox"/>	Por contar con otros ingresos	No. de oficio de la Coordinación: _____ Fecha: ___/___/20__
<input type="checkbox"/>	Por defunción	No. de acta _____ Fecha: ___/___/20__
<input type="checkbox"/>	No fue becario	Fecha de carta de liberación: ___/___/20__ Referencia: _____
<input type="checkbox"/>	Por proporcionar información falsa	No. de oficio de la Coordinación: _____ Fecha: ___/___/20__
<input type="checkbox"/>	Por solicitud de la institución	No. de oficio de la Coordinación: _____ Fecha: ___/___/20__

Comentarios sobre la solicitud de baja:

Vo. Bo. Del Coordinador Académico de Posgrado

Sello de la Institución

Nombre y firma



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