**CICLO ESCOLAR MES-MES 2019 FECHA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE COMPLETO** |   |
| **MATRICULA:** |  |
| **PROGRAMA EDUCATIVO:** |  |
| **SEMESTRE:**  |  |
| **TURNO:**  (MARCAR CON UNA **X**) | **V****M** |
| **TELÉFONO CELULAR:** |  |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** |  |

**SOLICITO CURSAR LA SIGUIENTE ASIGNATURA**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN EXTERNA**  |  |
| **NOMBRE DE LA ASIGNATURA** |  |
| **LICENCIATURA QUE LA OFERTA** |  |
| **DOCENTE QUE LA IMPARTE** |  |
| **HORARIO EN QUE SE IMPARTE** |  |

**EXPOSICIÓN DE MOTIVOS**

(Explicar los motivos por los cuales desea inscribirse y la contribución de la asignatura, relacionada con su opción de titulación)

|  |
| --- |
|  |

SOLICITA AVALADO POR

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **NOMBRE Y FIRMA DEL ESTUDIANTE FIRMA DEL DOCENTE TUTOR DEL GRUPO**

AUTORIZA

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**COORDINADOR**