



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL CARMEN
Coordinación de la Función de Servicios al Estudiante
Dirección de Control Escolar

**SOLICITUD DE INGRESO POR CAMBIO DE PROGRAMA EDUCATIVO
(EQUIVALENCIA INTERNA)**

Matrícula: _____ Fecha de solicitud: _____

Nombre: _____

Programa Educativo de procedencia: _____

Generación de ingreso: _____

Promedio general: _____

Programa Educativo al que desea ingresar: _____

Motivo de la solicitud: _____

Atentamente

Autoriza

Nombre y firma del alumno(a)

Nombre y firma del gestor que recibe

Vo. Bo.

Nombre y firma del secretario escolar que recibe

Nombre y firma del director o coordinador de DES que recibe

ANEXAR: Kárdex de calificaciones y solicitud de baja del programa educativo de procedencia.
c.c.p. Alumno.