



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 explícita | 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"/> | Obtención del Grado
Previo al Término de la
vigencia de la beca | 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__ |
| <input type="checkbox"/> | Por término de Estudios | 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

