



FORMATO PARA LA SUSPENSIÓN 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 suspensión que solicita:

Por incapacidad temporal

Fecha de constancia médica: ___/___/20

Por solicitud personal

Fecha de solicitud escrita del becario: ___/___/20

Por cambio de Institución o programa

Fecha de oficio de la Coordinación: ___/___/20

No. de Referencia: _____

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