



## FORMATO DE BAJA DEFINITIVA DE LA UNIDAD ACADÉMICA

FECHA (DD/MM/AÑO):		PERIODO ESCOLAR: 20/2 (enero- julio 2020)
NOMBRE DEL ALUMNO(A):		
	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO
ESPECIALIDAD:		
BOLETA:	GRUPO:	
CORREO ELECTRÓNICO:	TELÉFONO:	

Marca con una "X" el tipo de baja definitiva que solicita:	
BAJA POR CAMBIO DE UNIDAD ACADÉMICA Y/O PROGRAMA ACADÉMICO EN EL IPN <input style="float: right; margin-left: 10px;" type="checkbox"/>	BAJA DEFINITIVA DEL PROGRAMA ACADÉMICO EN LA MODALIDAD EDUCATIVA ESCOLARIZADA <input style="float: right; margin-left: 10px;" type="checkbox"/>

**Describe los motivos por el cual está solicitando la baja de la unidad de académica:**

*Si se cuenta con documentos que comprueben la solicitud de baja definitiva, anexarlos.*

No. Unidades de Aprendizaje Reprobadas _____		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Cuenta con Dictamen del Consejo Técnico Consultivo Escolar (CTCE) incumplido		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Cuenta con Dictamen del Consejo General Consultivo Escolar (CGCE) incumplido		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Cuenta con credencial de la escuela		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Va a solicitar CERTIFICADO PARCIAL		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Se entrega pago para dar Inicio con el CERTIFICADO PARCIAL		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

ESPACIO EXCLUSIVO DEL DEPARTAMENTO DE GESTIÓN ESCOLAR	
No. de Folio de Dirección: _____	SELLO DE RECIBIDO DEL DEPARTAMENTO DE GESTIÓN ESCOLAR
Nombre de quien recibe el trámite en el Departamento: _____	

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de la mamá, papá o tutor legal

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del alumno

\_\_\_\_\_  
Teléfono de la mamá, papá o tutor legal