



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y ARTES DE CHIAPAS
SECRETARIA GENERAL
DIRECCIÓN DE SERVICIOS ESCOLARES

**SOLICITUD PARA RENUNCIA DE ASIGNATURA POR
IMPACTO ACADÉMICO.**

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, a ____ de _____ de 2015

DIRECCIÓN DE SERVICIOS ESCOLARES:

Por este conducto, solicito me autorice la cancelación de la(s) siguientes(s) asignatura(s), a la cual(es) me reinscribí en el presente ciclo escolar, y por recomendación de mi docente titular no me será posible cursarla tal como lo registre en la carga académica que me fue entregada por esa Dirección.

<i>Nombre de la asignatura a la que renuncio por impacto académico</i>	<i>Semestre</i>

Datos del alumno:

Nombre: _____

Carrera: _____ No. de matrícula: _____

Firma del solicitante

Titular de la asignatura y/o Responsable de Academia

Autorización

Vo. Bno.

Coordinador de Programa Educativo

Tutor y/o Director

