



**SOLICITUD DE SUSPENSIÓN TEMPORAL**

Entregar en la Coordinación del Programa  
Llenar con letra clara de molde o máquina

Nombre del maestrante (nombre y apellidos)

Número de cuenta

Correo electrónico

Semestre actual

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|

Teléfono celular

Indique el semestre de ingreso al Programa de Maestría \_\_\_\_\_

¿Es la primera vez que solicita suspensión temporal?: Si  No

En caso negativo, indique el semestre de la suspensión anterior: \_\_\_\_\_

Solicita suspensión temporal por: 1 Semestre  2 Semestres

Indique el motivo de esta solicitud:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ciudad Universitaria, Cd. Mx. a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Firma del maestrante

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del Tutor o Tutora

