



OAXACA

REGISTRO DE PRE-ESPECIALIDAD

NOMBRE:

ID:

PROGRAMA:

Fecha de Solicitud:

MTRA. ARINELLY ROJAS ALCANTARA

JEFA DE ADMINISTRACIÓN ESCOLAR

P R E S E N T E

Por medio de la presente, reconozco que se me ha explicado detalladamente a través de mi Coordinador las PRE – ESPECIALIDADES que existen de mi Carrera dentro del Modelo Educativo 2010 aplicables en esta Universidad. Por ello hago la solicitud de la apertura de la Pre especialidad, con el conocimiento de quedar sujeto al número de solicitantes y por enterado de la opción dada por la coordinación de mi escuela.

Por lo que acepto lo siguiente:

<input type="checkbox"/>	SE HABILITE EN MI EXPEDIENTE LA PRE – ESPECIALIDAD DE: ----- EN CASO DE SER ACEPTADA
<input type="checkbox"/>	NO SE HABILITE NINGUNA PRE – ESPECIALIDAD A MI EXPEDIENTE (*NO VALIDO para Programas de Psicología y Comunicación).

Al Aceptar se habilite alguna PRE- ESPECIALIDAD, me comprometo a seleccionar los cursos pertenecientes a la misma (previa asesoría del Coordinador), reconozco que cualquier curso ajeno a mi especialidad, no abonará al avance ni procederá ningún reembolso o reclamo.

Al NO ACEPTAR se habilite alguna PRE – ESPECIALIDAD, renuncio a cualquier reconocimiento referente a una PRE – ESPECIALIDAD y reconozco que no podre volver a solicitar el trámite, debiendo concluir los Cursos según el Plan de Estudios General al que pertenezco.

NOMBRE Y FIRMA DEL ALUMNO

FIRMA DEL COORDINADOR

Para uso exclusivo de Administración Escolar:

Observaciones _____

Fecha de Aplicación del Mayor: _____