NOMBRE DEL DIRECTOR/A

DIRECTOR/A DEL INSTITUTO DE INVESTIGACIONES FORESTALES

P R E S E N T E

Por medio de la presente, el/la que suscribe:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre del estudiante** |  |
| **Matrícula** |  |

Me permito solicitar su autorización para que se tramite mi reinscripción por reingreso a la Maestría en Ciencias en Ecología Forestal para el periodo comprendido:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Fecha inicio del semestre al que reingresa** | dd/mm/aa | **Semestre al que reingresa** |  |
| **Periodo de baja** | Del dd/mm/aaal dd/mm/aa | **Último semestre cursado** |  |
| **Número de bajas temporales autorizadas\*** | 12 |

\*No podrá exceder más de dos períodos escolares (consecutivos o no). Transcurridos éstos, el alumno causará baja definitiva (Artículo 37 fracción IV, Estatuto de los Alumnos 2008).

Agradeciendo la atención a la presente, aprovecho la oportunidad de enviarle un cordial saludo.

Xalapa, Veracruz a día de mes del año

Atentamente

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **Nombre** **Estudiante** |  | **Vo. Bo. Nombre** **Director de tesis** |