Universidad Veracruzana
Facultad de Odontología
Xalapa

Solicitud de **BAJA** de Experiencia Educativa (EE)
Periodo 202451: febrero - julio 2024
Facultad de Odontología Región Xalapa

Fecha: / 02 / 2024

MSP. Alicia Martínez Flores

Secretaria Académica

PRESENTE:

El (la) que suscribe_____ con matrícula_____ alumno(a) del programa educativo de Cirujano Dentista, solicito dar de **BAJA** la siguiente experiencia educativa.

NRC	Nombre EE	Inscripción		No. de créditos inscritos en la IL
		1ª.	2ª.	

_____

Firma del Alumno(a)

_____

Nombre y Firma del Tutor (a)

No. de celular: Correo electrónico:

Nota: Recuerda que el número permitido de baja(s) de EE es hasta cinco veces, durante tu permanencia en el programa educativo. Estatuto de los Alumnos 2008.

Médicos y Odontólogos s/n Col. Unidad del Bosque C.P. 91010 Xalapa de Enríquez Veracruz, México
Teléfonos 8153532. 8421700 Exts. 16121 y 16124
Fax 8153532