**SOLICITUD DE EXPERIENCIAS EDUCATIVAS**

**NOMBRE DEL ALUMNO:**

**MATRÍCULA:**

**ÁREA DE ESPECIALIZACIÓN:**

**PERÍODO:** Agosto 202\_ - Enero 202\_

**TUTOR ACADÉMICO:**

**FECHA:** (día) de (mes) de (año)

|  |  |
| --- | --- |
|  | **EXPERIENCIAS EDUCATIVAS** |
| **1** |  | DISCIPLINAR X |
| **2** |  | OPTATIVA X |
| **3** |  | OBLIGATORIA |
| **4** |  |  |
| **5** |  |  |

A T E N T A M E N T E

|  |  |
| --- | --- |
| (NOMBRE Y FIRMA) **ALUMNO(A)**  | Vo. Bo. (NOMBRE Y FIRMA)**TUTOR(A) ACADÉMICO(A)** |

\*Se solicita revisar que NO exista traslape de horarios. (Quitar este renglón)