



UNIVERSIDAD VERACRUZANA
FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS
Región Veracruz



SOLICITUD DE BAJA DE CRÉDITOS

DATOS DEL ALUMNO

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre (s)	ID Matrícula
Número de celular	En caso de emergencia avisar a: (Nombre y número telefónico)		

DATOS ACADÉMICOS

Programa Educativo	Región	Periodo
	Veracruz-Boca del Río	

EXPERIENCIAS EDUCATIVAS

No. de créditos	NRC	EXPERIENCIA EDUCATIVA	INSCRIPCIÓN		Facultad a la que pertenece la Experiencia Educativa
			1ª.	2ª.	

Boca del Río, Ver., a ____ de _____ de 202__.

Alumno (a)
(nombre y firma)

Tutor Académico
(nombre y firma)