

**FORMATO DE SOLICITUDES ACADEMICAS****F50-SGA**
Versión 2
Página 1 de 1**PARA SU ADECUADO TRÁMITE DILIGENCIE SOLAMENTE LOS CAMPOS QUE SE ENCUENTRAN EN COLOR GRIS CLARO**

		DIA	MES	AÑO	
SOLICITUD N°		FECHA			
SOLICITANTE			TEL		
TIPO DE DOCUMENTO:		NÚMERO			
PROGRAMA			JORNADA		
SEDE			CICLO		

SOLICITUD:**JUSTIFICACIÓN:****FIRMA DEL ESTUDIANTE**

Fecha entrega solicitud

DIA MES AÑO

Firma quien recibe la solicitud

PARA EFECTOS DE VALIDACION DE LA SOLICITUD IMPRESA ASEGURESE DE HACER FIRMAR Y SELLAR EN DIRECCION GENERAL, DE LO CONTRARIO LA SOLICITUD NO TIENE VALIDEZ**ÁREA RESERVADA PARA QUIEN ESTÁ ENCARGADO DE DAR LA RESPUESTA.**

RESPUESTA	ACTA N°	FECHA	DIA	MES	AÑO
-----------	---------	-------	-----	-----	-----

EMITIDA POR:

CARGO:

AUTORIZA

Dirección General

Subdirección General

Coord. Programa Salud Oral_____
Coord. Programa Enfermería_____
Coord. Programa Serv. Farmaceuticos_____
Secretaria Subdirección_____
Coordinación Académica