

DOCTORADO
SOLICITUD DE SUSPENSIÓN TEMPORAL
Entregar en la oficina de la Coordinación del Programa
Llenar con letra clara de molde o máquina

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)
No. De Cuenta	Teléfono	Correo Electrónico

Indique la fecha de ingreso al Programa de Doctorado: _____

¿Es la primera vez que solicita suspensión temporal? **Si** **No**

En caso negativo, especifique la fecha y el tiempo de suspensión anterior:

Indique el motivo de esta solicitud: _____

Solicita suspensión temporal por **6 meses** **Un año**

Nombre y firma del Tutor Principal

Nombre y firma del Tutor (Comité Tutor)

Nombre y firma del Tutor (Comité Tutor)

Firma del alumno

día/mes/año