



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

<b>Apellido Paterno</b>	<b>Apellido Materno</b>	<b>Nombre(s)</b>

<b>No. De Cuenta</b>	<b>Teléfono</b>	<b>Correo Electrónico</b>

**Indique la fecha de ingreso al Programa de Maestría:** \_\_\_\_\_

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

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

\_\_\_\_\_

**Solicita suspensión temporal por**     **1 semestre**     **2 semestres**

**Indique el motivo por el cuál solicita este trámite:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Nombre y firma del Tutor**

\_\_\_\_\_  
**Firma del alumno**

\_\_\_\_\_  
**día/mes/año**