



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL CARMEN

Dirección General de Servicios al Estudiante

Dirección de Control Escolar

SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN DE DOCUMENTOS ORIGINALES

Fecha de la solicitud

| Datos Escolares | |
|------------------------|--|
| Matrícula: | |
| Nombre: | |
| Programa Educativo: | |
| Generación de ingreso: | |

Señala en el recuadro el motivo de tu solicitud:

Egreso

Baja

Si la solicitud de devolución de documentos es por **Baja**, favor de indicar la causa (Puede seleccionar más de una opción numerándola en orden de importancia siendo el 1 la opción de mayor relevancia):

| Motivo de Baja | | Motivo de Baja | |
|--|--|--|--|
| Por cambio de Institución Educativa: Local ____ Foránea ____. | | El programa educativo no cumplió mis expectativas. | |
| Por motivos de salud. | | El horario de clases no se ajusta a mis necesidades. | |
| Por reprobación de cursos. | | Los docentes que me impartieron clases no cumplieron con mis expectativas. | |
| Por problemas familiares. | | Por exceder el tiempo para concluir el programa educativo. | |
| Por situación económica. | | Atención inadecuada en los trámites administrativos. | |
| Por no cumplir los requisitos de ingreso oportunamente. | | Otro, especificar: | |

Solicitante

Enterado

Nombre y firma del Estudiante

Nombre y firma del Padre o Tutor Legal
(Solo si es menor de edad)

Autoriza

Nombre y firma del Secretario Administrativo o Director (a)

ANEXO: Certificación de no adeudo de pagos y constancia de no adeudo de libros.

c.c.p. Estudiante.

c.c.p. Escuela o Facultad.