



Centro Educativo Universitario Siglo XXI

SOLICITUD DE REINSCRIPCION

DEPARTAMENTO DE CONTROL ESCOLAR

Las Choapas, Ver. A ____ del mes de _____ de 2024.

ALUMNO: _____

LICENCIATURA: _____ GENERACION: _____

PERIODO ACTIVO EN SISTEMA A LA FECHA DEL OFICIO _____.

Solicito información Académica y registro de calificaciones del Cuatrimestre ____ y/o Semestre ____ del periodo: _____ del alumno en mención, para que pueda estar

ACTIVO en el sistema, regularizando y actualizando su situación en el Sistema.

NOMBRE Y FIRMA DEL ALUMNO

AREA FINANCIERA

CONTROL ESCOLAR

OBSERVACION: _____

SOLICITUD DE REINSCRIPCION

DEPARTAMENTO DE CONTROL ESCOLAR

Las Choapas, Ver. A ____ del mes de _____ de 2024.

ALUMNO: _____

LICENCIATURA: _____ GENERACION: _____

PERIODO ACTIVO EN SISTEMA A LA FECHA DEL OFICIO _____.

Solicito información Académica y registro de calificaciones del Cuatrimestre ____ y/o Semestre ____ del periodo: _____ del alumno en mención, para que pueda estar

ACTIVO en el sistema, regularizando y actualizando su situación en el Sistema.

NOMBRE Y FIRMA DEL ALUMNO

AREA FINANCIERA

CONTROL ESCOLAR

OBSERVACION: _____