SOLICITUD
DE BAJA DEFINITIVA

Fecha:_____

C. _____

RESPONSABLE DEL CENTRO EMSaD _____
P R E S E N T E. Número Nombre

DATOS

TUTOR (A)

Nombre completo:_____

Número de teléfono:_____

ESTUDIANTE

Nombre completo:_____

Centro EMSaD: _____

Matrícula: _____

Ultimo semestre cursado:_____ Ultimo periodo cursado:_____

Correo electrónico:_____

2024-2

MOTIVO DE LA SOLICITUD DE BAJA DEFINITIVA:

Indique con una "X"

- ◯ Por problemas de salud
- ◯ Por superar el número de semestres máximos permitidos para concluir el bachillerato
- ◯ Por exceder asignaturas o submódulos no acreditados
- ◯ Medida disciplinaria
- ◯ Por defunción
- ◯ Otra:_____

DECLARACIÓN:

Declaro estar al tanto de que mi baja definitiva implica la cancelación de cualquier derecho, beneficio o servicio otorgado por el Colegio de Estudios Científicos y Tecnológicos del Estado de Oaxaca. Asimismo, declaro haber recibido mi expediente original y me comprometo a entregar cualquier material, equipo o recurso proporcionado por la institución en los términos establecidos por sus reglamentos.

_____ _____

Firma del o la estudiante **Firma del tutor o tutora**

Departamento de Registro Escolar y Estadìstica

Aviso de Privacidad: En cumplimiento a la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de los Sujetos Obligados y la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados para el Estado de Oaxaca, se pone a su disposición el CÓDIGO QR en el cual podrá encontrar el aviso de privacidad integral de los ALUMNOS del CECYTEO

Aviso de Privacidad