

SOLICITUD DE CERTIFICADO PARCIAL

Fecha _____

C. _____

**RESPONSABLE DEL CENTRO EMSaD
P R E S E N T E.**

Número

Nombre

DATOS

TUTOR (A)

Nombre completo: _____

Número de teléfono: _____

INTERESADO (A)

Nombre completo: _____

Centro EMSaD: _____

Matrícula: _____

Ultimo semestre cursado: _____ Ultimo periodo escolar cursado: _____

Correo electrónico: _____

Por medio de la presente, solicito la expedición de mi Certificado Parcial correspondiente a los estudios realizados en el CECYTEO, con base en los siguientes datos:

Plan de estudios: _____

Periodo escolar de estudios cursados:

Inicio: _____ Fin: _____
2019-2 2023-1

Motivo de la solicitud:

[indique con una "X"](#)

☐ Continuación de estudios en otra institución

☐ Trámite personal

☐ Otro (especificar): _____

Firma del o la alumna (o)

Firma del tutor o tutora

