**FORMATO DE BAJA DEFINITIVA VOLUNTARIA**

*(PERIODO EMERGENCIA SANITARIA POR VIRUS SARS-COV2 COVID-19)*

FECHA DE SOLICITUD: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE COMPLETO** | **MATRICULA** | **SEMESTRE Y GRUPO** | **PROGRAMA EDUCATIVO** | **UNIDAD ACADÉMICA** | **PERIODO** |
|  |  |  | Licenciatura en Ciencias Aplicadas al Deporte | Facultad de Ciencias del Deporte |  |

Motivo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y firma del alumno