



# SOLICITUD DE PERMUTA DE LOS CURSOS DE ESPECIALIZACIÓN MÉDICA O ESTOMATOLÓGICA

<b>Lugar:</b>	Ciudad	Estado	Fecha
<b>Solicitante 1</b>			
<b>Nombre:</b>	Primer apellido	Segundo apellido	Nombre(s)
<b>CURP:</b>			
<b>Especialidad:</b>			
<b>Grado Académico Actual:</b>			
<b>Subsede académica asignada:</b>	Estado	Unidad Médica	
<b>Sede académica asignada:</b>	Estado	Unidad Médica	
<b>Observaciones</b>			
	Firma de solicitante		

\*Estoy enterado que el pago de la beca se retrasará aproximadamente tres quincenas a partir de la fecha de cambio. Si alguno de los solicitantes renuncia durante el presente periodo académico se anulará la permuta. Es responsabilidad del solicitante previo a este trámite investigar si la universidad que otorga el aval académico puede inscribirlo. Anexar copia de la carta de pre aceptación e identificación de oficial de cada uno de los solicitantes.

<b>Solicitante 2</b>			
<b>Nombre:</b>	Primer apellido	Segundo apellido	Nombre(s)
<b>CURP:</b>			
<b>Especialidad:</b>			
<b>Grado Académico Actual:</b>			
<b>Subsede académica asignada:</b>	Estado	Unidad Médica	
<b>Sede académica asignada:</b>	Estado	Unidad Médica	
<b>Observaciones</b>			
	Firma de solicitante		

\*Estoy enterado que el pago de la beca se retrasará aproximadamente tres quincenas a partir de la fecha de cambio. Si alguno de los solicitantes renuncia durante el presente periodo académico se anulará la permuta. Es responsabilidad del solicitante previo a este trámite investigar si la universidad que otorga el aval académico puede inscribirlo. Anexar copia de la carta de pre aceptación e identificación de oficial de cada uno de los solicitantes.

Analizó la factibilidad de permuta

Autorizó la permuta