



SOLICITUD DE PERMUTA DE LOS CURSOS DE ESPECIALIZACIÓN MÉDICA O ESTOMATOLÓGICA 2510-009-027

Lugar:

Ciudad	Estado	Fecha

Solicitante 1

Nombre:

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre(s)

CURP:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Especialidad:

--

Grado Académico
Actual:

--

Subsede académica
asignada:

Estado	Unidad Médica

Sede académica
asignada:

Estado	Unidad Médica

Observaciones

--

--

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.





SOLICITUD DE PERMUTA DE LOS CURSOS DE ESPECIALIZACIÓN MÉDICA O ESTOMATOLÓGICA 2510-009-027

aceptación e identificación de oficial de cada uno de los solicitantes.

Solicitante 2

Nombre:

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre(s)

CURP:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Especialidad:

--

Grado Académico
Actual:

--

Subsede académica
asignada:

Estado	Unidad Médica

Sede académica
asignada:

Estado	Unidad Médica

Observaciones

--

--

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

