



"El saber de mis hijos
hará mi grandeza"

Universidad de Sonora
Dirección de Servicios Escolares

EDP

SOLICITUD DE EXAMEN CON DERECHO A PASANTE

Coordinador (a) de programa

Fecha:	
Campus:	
Programa:	

Por medio de la presente solicito, de la manera más atenta, me sea aplicado el examen con derecho a pasante de la (s) siguientes materia (s):

Clave	Materia	Maestro asignado	No. Empleado

Conforme lo establecen los artículos 76 y 77 del Reglamento Escolar vigente

ALUMNO		COORDINADOR DE PROGRAMA	
Nombre		Nombre	
Expediente			
Firma		Firma	

Sello

Esta sección es de uso exclusivo del Departamento de Control Escolar

Fecha de recibido de la solicitud

Nombre y firma de quien realizo captura

Observación:

Nota: Este formato deberá entregarse por duplicado en ventanilla de Control Escolar en un horario de 8:00 a 19:00 horas de lunes a viernes, así como cubrir el costo correspondiente por el derecho al examen.

