



"El saber de mis hijos
hará mi grandeza"

Universidad de Sonora
Dirección de Servicios Escolares

FAC

AMPLIACIÓN DE CUPO

Fecha:	
Campus:	
Programa:	

Jefe (a) del Departamento de Control Escolar

Por medio de la presente solicito, de la manera más atenta, la reinscripción del:

Alumno (a): _____	Expediente: _____
Materia: _____	Clave: _____
Grupo: _____	Impartida por el maestro (a): _____

Esto previa autorización y conocimiento del maestro responsable del grupo, como se muestra a continuación:

Estoy de acuerdo y autorizo que el alumno mencionado anteriormente sea reinscrito en mi grupo, siendo éste el número _____ de la lista de alumnos inscritos.		
Nombre del maestro	Número de empleado	Firma de autorización

Justificación:

Avance en créditos superior al 80%.

Cambio de programa.

Cambio de plan de estudios.

Movilidad.

Otro: _____

COORDINADOR DE PROGRAMA	
Nombre	
Firma	

Sello del programa

Esta sección es de uso exclusivo del Departamento de Control Escolar

Fecha de solicitud recibida

Firma de autorización de Jefe(a) de Control Escolar

Firma y nombre de quien capturó

Observación:
