

SOLICITUD DE BAJA DEFINITIVA

Fecha: _____

C. _____

**DIRECTOR (A) DEL CECyTE PLANTEL
P R E S E N T E.**

Número

Nombre

DATOS

TUTOR (A)

Nombre completo: _____

Número de teléfono: _____

ESTUDIANTE

Nombre completo: _____

Centro Educativo: _____

Matrícula: _____

Ultimo semestre cursado: _____ Ultimo periodo escolar cursado: _____

Correo electrónico: _____ 2024-2

MOTIVO DE LA SOLICITUD DE BAJA DEFINITIVA:

Indique con una "X"

- ☐ Por problemas de salud
- ☐ Por superar el número de semestres máximos permitidos para concluir el bachillerato
- ☐ Por exceder asignaturas o submódulos no acreditados
- ☐ Medida disciplinaria
- ☐ Por defunción
- ☐ Otra: _____

DECLARACIÓN:

Declaro estar al tanto de que mi baja definitiva implica la cancelación de cualquier derecho, beneficio o servicio otorgado por el Colegio de Estudios Científicos y Tecnológicos del Estado de Oaxaca. Asimismo, declaro haber recibido mi expediente original y me comprometo a entregar cualquier material, equipo o recurso proporcionado por la institución en los términos establecidos por sus reglamentos.

Firma del o la estudiante

Firma del tutor o tutora

