



Oaxaca de Juárez, Oax., a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**ASUNTO:** Solicitud de cambio de adscripción

C. \_\_\_\_\_

**RESPONSABLE DEL CENTRO EMSaD  
P R E S E N T E.**

Número

Nombre

**TUTOR (A)**

Nombre completo:

Correo electrónico:

Teléfono:

**ALUMNO (A)**

Nombre completo:

Centro Educativo de Origen

Semestre cursado

Centro Educativo Destino:

Semestre solicitado

Por este medio solicito a usted el cambio de adscripción de mi tutorado (a) , informándole que el motivo de la solicitud es el siguiente:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Me comprometo a que mi tutorado (a) cumpla cabalmente con la normatividad establecida por el Colegio de Estudios Científicos y Tecnológicos del Estado de Oaxaca.

**Nota:** Este formato debe requisitarse en el Centro Educativo en el que se encuentra inscrito actualmente el o la alumno/a.

**TUTOR (A) LEGAL**

**EL/LA ALUMNO (A)**

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma

Anexar INE

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma

