



SOLICITUD DE CAMBIO DE ADSCRIPCIÓN

Fecha de solicitud: _____

C. _____

DIRECTOR (A) O RESPONSABLE DEL CENTRO EDUCATIVO _____

Nombre del centro educativo

PRESENTE.

TUTOR (A)
Nombre completo:
Teléfono:

TUTORADO (A)	
Nombre completo:	
Centro Educativo de Origen:	Semestre cursado
Centro Educativo Destino:	Semestre solicitado
Carrera o Formación para el trabajo:	

Por este medio solicito a usted el cambio de adscripción de mi tutorado (a), informándole que el motivo del cambio 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 se deberá rellenar en el Centro Educativo en el que se encuentra inscrito actualmente el o la estudiante

TUTOR (A) LEGAL

TUTORADO (A)

Nombre y Firma

Anexar copia de Identificación
Oficial

Nombre y firma

