

**MAESTRÍA**  
**SOLICITUD DE SUSPENSIÓN TEMPORAL**  
Entregar por duplicado en la Coordinación del Programa  
Llenar con letra clara de molde o máquina

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)

No. De Cuenta	Teléfono	Correo Electrónico

Indique la fecha de la primera inscripción en el Programa de Maestría: \_\_\_\_\_

¿Es la primera vez que solicita suspensión temporal?  Si  No

En caso negativo, especifique la fecha y el período de suspensión anterior:

\_\_\_\_\_

Solicita suspensión temporal por  1 semestre  2 semestres

Indique el motivo por el cuál solicita este trámite: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre y firma del Tutor

\_\_\_\_\_

Firma del estudiante

\_\_\_\_\_

día/mes/año