**FORMATO DE PERMISO PARA ESTUDIANTES**

**Fecha de solicitud: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Matricula: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Semestre y Grupo: \_\_\_\_\_ No. telefónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e-mail institucional: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Por medio del presente, solicito a Usted de la manera más atenta **permiso para asuntarme de mis actividades académicas, durante el(los) día(s):**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Por motivo de:**

**(Marque con una X el recuadro que corresponda)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Salud** |  |  | **Otro:** |  |

* ***Por motivos de salud***, presentar documentación expedida por institución médica del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), debido a que cuenta con el servicio (Seguro Facultativo) o del servicio con el que cuente.
* ***Por motivo de otros***, presentar justificante firmado por el padre o tutor; anexando copia de Credencial de Elector del mismo.

***La solicitud de permiso no será procedente con la falta de la documentación señalada, según el caso que aplique.***

Anotar clara y detalladamente la razón de la solicitud del permiso:

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

|  |  |
| --- | --- |
| **MATERIAS** | **NOMBRE DEL DOCENTE** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Vo.Bo.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre y firma del alumno(a)** |  | **Dr. Gabriel Aguilar García**  **Secretario Académico** |