



FORMATO PARA LA REANUDACIÓN DE LA BECA

Nombre del becario:		
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)
No. de becario: _____	CVU: _____	Grado: _____
Institución _____		
Nombre del Programa de Posgrado _____		

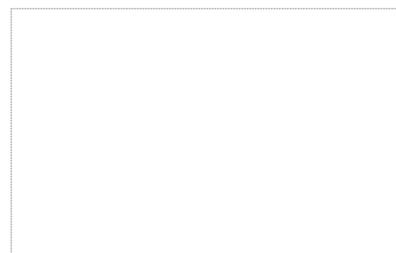
Datos para la reanudación de beca:

Fecha de reinicio del programa	____/____/____ dd/ mm/aaaa
Fecha y número de folio del comprobante de inscripción al período solicitado	____/____/____ dd/ mm/aaaa Folio: _____
Promedio obtenido en el último período académico cursado	____/____/____ dd/ mm/aaaa
Tipo de reanudación:	
<input type="checkbox"/> Por enmendar falta cometida	<input type="checkbox"/> Por reincorporación al Posgrado
Comentarios sobre la solicitud de suspensión:	

Vo. Bo. Del Coordinador Académico de Posgrado

Sello de la Institución

Nombre y firma



Fecha de solicitud: ____/____/20____
dd mm aaaa