**Cursos Complementarios de Formación Profesional**

No de Control

|  |
| --- |
|  |

Nombre del/la Estudiante Fecha de Solicitud (actual)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Apellido Paterno |  | Apellido Materno |  | Nombre(s) |  | Día |  | Mes |  | Año |

Carrera

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| Nombre del Curso |
|  | |
| Nombre del/la Docente | |
|  | |

Semestre Turno

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| Me comprometo a cumplir con las actividades que tengan que desarrollarse en el curso, así mismo asistir a todas las sesiones. De no cumplir con lo establecido, estoy consciente que no se me podrá entregar la constancia correspondiente a este curso de formación profesional. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | M.A. SAMUEL F. CÓRDOVA ESPINO |
| Nombre y Firma del/la Estudiante |  | Nombre y Firma del/la Jefe/a de División de Carrera |

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

**El/La estudiante deberá llenar los siguientes campos.**

|  |  |
| --- | --- |
| **NÚMERO** | **DESCRIPCIÓN** |
| 1 | [Número de Control del/la Estudiante](#UNO) |
| 2 | [Apellido Paterno](#DOS) |
| 3 | [Apellido Materno](#TRES) |
| 4 | [Nombre(s) del/la Estudiante](#CUATRO) |
| 5 | [Fecha de Solicitud](#CINCO) |
| 6 | [Nombre de la Carrera que cursa el/la Estudiante](#SEIS) |
| 7 | [Nombre del Curso al que se inscribe](#CURSO) |
| 8 | Nombre del Docente |
| 9 | [Semestre que cursa el/la Estudiante](#SIETE) |
| 10 | [Turno en el que está inscrito el/la Estudiante](#OCHO) |
| 11 | [Nombre y firma del/la Estudiante](#DIEZ) |
| 12 | [Nombre y firma del/la jefe/a de división de carrera](#ONCE) |