



INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL

SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

SIP-10
REP 2017

SOLICITUD DE REINSCRIPCIÓN

Fecha:

d	m	a

DATOS DEL SOLICITANTE

Nombre:					
Apellido Paterno:		Apellido Materno:		Nombre (s):	

Nombre de la Unidad Académica	Nombre del Programa Académico de Posgrado

No. Registro:

--	--	--	--	--	--	--

Alumno de tiempo (Marcar con una X): Completo ☐ Parcial ☐

Programa académico de posgrado que está cursando:

En la unidad académica:

SEMESTRE:

--	--	--

PROGRAMA SEMESTRAL

Reinscripción al semestre:

2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Marcar con una X

Requiere una unidad de aprendizaje SI ☐ NO ☐

CLAVE										UNIDAD DE APRENDIZAJE	PROFESOR	LUGAR DE REALIZACIÓN

Alumno

Asesor Académico

Jefe de la Sección o Director del Centro

NOTA: Todo cambio de estatus para el semestre vigente, deberá anexar acuerdo de colegio y justificación de la misma.