

NUC University Oficina de Registro

			Reci	into:			
		Fo	ormulario d	e Alta / Baja			
Apelli	do Paterno		Apellido Materno		Nombre		
Número d	e Estudiante						
			T	érmino y año académ	ico:		
Concentración:			Asociado Bachillerato Maestría				
	estudiante deberá visita dece el calendario acad			ste formulario debe ser ei	ntregado a la oficina de Reg	istraduría no más tarc	
			ALT	Ά			
Control	Curso	Créditos	Días	Horas	Profesor	Salón	
	Total Crédito	osi					
			BAJ	A			
Control	Curso	Créditos	Días	Horas	Profesor	Salón	
	Total Crédito	DS.					
		79					
			INSTRUCCIO (Indicar el tipo de Tra				
	Administrativo			so Cancelado	_		
	rma de la Vice P spués de la sema			icos y Decano(a)	de Asuntos Acadén	nicos es	
roquerraa ao.	op woo we in semin		, 50111001005				
Certifico Correcto				Visto Bueno del Director de Departamento			
	Firma del	Estudiante					
*	Visto Bueno Vice I Acad	Presidenta de Asu émicos	intos *V	*Visto Bueno del Decano(a) de Asuntos Académicos			
	Visto Bueno	Recaudaciones		Firma Ofi	icial de Registro		
				•	o -		