

FORMATO PARA ALUMNOS DEL SISTEMA ESCOLARIZADO

FACULTAD DE CONTADURIA Y CIENCIAS ADMINISTRATIVAS

CONTROL ESCOLAR

SOLICITUD DE ARTICULO _____ CICLO ESCOLAR _____

ALUMNO: _____

MATRICULA: _____ SEMESTRE: _____ SECCION: _____

MATERIA: _____

NOMBRE DEL PROFESOR: _____

Morelia, Mich., a _____ de _____ de _____.

FIRMA DEL ALUMNO: _____ TELEFONO: _____