



VICERRECTORIA ACADEMICA
DIRECCION DE DOCENCIA

SOLICITUD DE CAMBIO DE PLAN CURRICULAR

DATOS PERSONALES

NOMBRE

N° DE REGISTRO C.I.

ESCUELA

FECHA

solicito, por vuestro intermedio, cambio al plan curricular ____

FIRMA Alumno solicitante

SOLICITUD APROBADA

SOLICITUD RECHAZADA

FIRMA Secretario Académico/Director Carrera

V°.B° Dirección de Docencia

Cursar No cursar