

BAJA PARCIAL

Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____ Nombre _____ Inicial _____

Número de Estudiante: _____ Especialidad: _____

Año Académico: _____ Trimestre: Agosto _____ Nov _____ Feb _____ Junio _____

CÓDIGO	TÍTULO DEL CURSO	CRS	DIA / HORA	ULTIMO DIA ASISTENCIA	NOMBRE DE PROFESOR (A)
TOTAL DE CRÉDITOS					

Razón para la baja: _____

Firma Estudiante: _____ Fecha: _____

***** USO OFICIAL SOLAMENTE *****

Coordinador Prog Graduado: _____ Fecha: _____

Decanato Académico: _____ Fecha: _____

Registraduría: _____ Fecha: _____

Asistencia Económica: _____ Fecha: _____

Finanzas: _____ Fecha: _____



UNIVERSIDAD TEOLÓGICA DEL CARIBE
ESCUELA GRADUADA DRA. LUZ M. RIVERA MIRANDA
PROGRAMA DE MAESTRÍA



Trimestre: _____ Inicio Trimestre: _____ Finaliza