



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA SUR
DIRECCIÓN DE SERVICIOS ESCOLARES
DEPARTAMENTO DE CONTROL ESCOLAR**



SOLICITUD DE CAMBIO DE TURNO

LA PAZ, B.C.S., A _____ DE _____ DE 20 _____

NOMBRE DEL ALUMNO: _____
Apellido paterno, materno, nombre (s)

CARRERA: _____ No. DE CONTROL: _____
Requisito obligatorio

SEMESTRE: _____ GRUPO: _____

TURNO EN EL QUE ACTUALMENTE SE ENCUENTRA INSCRITO: _____

TURNO AL QUE DESEA SOLICITAR SU CAMBIO: _____

Vo.Bo. Jefe del Departamento Académico

Original para la DSE
Copia alumno