

CICLO ESCOLAR 2017-2018

SOLICITUD PARA JUSTIFICACIÓN DE FALTAS

FECHA DE PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD:

FECHA DEL COMPROBANTE MÉDICO:

NOMBRE DEL ALUMNO:

No. DE MATRÍCULA:

GRUPO:

DÍA (S) QUE SOLICITA JUSTIFICAR:

TIPO Y DURACIÓN DE LA ENFERMEDAD (DE ACUERDO A LOS LINEAMIENTOS DE JUSTIFICANTES, EL REPOSO DEBE DE SER MAYOR A SIETE DÍAS CONTÍNUOS):

ESCUELA LIBRE
DE DERECHO



ES OBLIGATORIO ANEXAR EL CERTIFICADO MÉDICO

MANIFIESTO CONOCER QUE LA SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN CONFIRMARÁ LA AUTENTICIDAD DEL CERTIFICADO MÉDICO QUE ANEXO A LA PRESENTE SOLICITUD, PARA SOMETER EL MISMO A AUTORIZACIÓN DE LA JUNTA DIRECTIVA, CONFORME A LOS LINEAMIENTOS DE JUSTIFICANTES.

Firma

PARA USO DE LA SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
DE QUIEN RECIBE EL JUSTIFICANTE

NOMBRE:

FIRMA: