

# CICLO ESCOLAR 2018-2019

## 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**

FUNDADA EN  
**1912**

**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: