

**UNIVERSIDAD JUAREZ DEL ESTADO DE DURANGO
FACULTAD DE MEDICINA Y NUTRICIÓN**

SERVICIOS ESCOLARES

FORMATO PARA PERMUTA DE GRUPO Y HORARIO ESCOLAR

Fecha de solicitud ____/____/____

(1) Nombre del Alumno (a) _____

Licenciatura: MEDICO CIRUJANO NUTRICIÓN

Matricula: _____

Semestre: _____ Grupo asignado: _____

Horario asignado (en caso necesario): _____

No.Cel: _____ Correo Electrónico _____

*******SOLICITA CAMBIO DE GRUPO Y HORARIO ESCOLAR POR PERMUTA CON: *******

(2) Nombre del Alumno (a) _____

Licenciatura: MEDICO CIRUJANO NUTRICIÓN

Matricula: _____

Semestre: _____ Grupo asignado: _____

Horario asignado (en caso necesario): _____

No.Cel: _____ Correo Electrónico _____

Firma de conformidad del
Alumno (1)

Firma de conformidad del
Alumno (2)

Autorización
del departamento

Dr. Carlos Adolfo Martínez Rentería