

Solicitud de Retiro de Asignación de Cursos Ciclo Lectivo 2025

Marque con una X el ciclo que corresponde

1er.
Semestre

☐

2°
Semestre

☐

Fecha:

Carné:

Nombre : _____

Carrera: _____

Teléfono: _____

CURSOS QUE DESEA RETIRAR DE SU ASIGNACIÓN EN EL PRESENTE SEMESTRE

No.	Código	Nombre del Curso	Sección	Jornada	Semestre	Motivo de del retiro del curso
1						
2						
3						
4						
5						
6						

FIRMA DEL ESTUDIANTE: _____

NOTA: enviar la solicitud vía correo electrónico al Departamento de Control Académico, según la jornada de estudio, consultar el directorio de correos en la página de la escuela. La fecha establecida para esta actividad es (Antes del Segundo examen parcial según calendario general de actividades), después de esta fecha no se aceptarán solicitudes y se tomara la asignación como válida.

USO EXCLUSIVO DEPARTAMENTO DE REGISTRO Y CONTROL ACADÉMICO

Desasignado por: _____

Universidad de San Carlos de Guatemala
Escuela de Ciencias Psicológicas
Departamento de Registro y Control Académico

Fecha:
