



INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL
UNIDAD PROFESIONAL INTERDISCIPLINARIA DE BIOTECNOLOGÍA
SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS EDUCATIVOS E INTEGRACIÓN SOCIAL
(Llenar en forma electrónica. Firma autógrafa)

SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE REINSCRIPCIÓN

Ciudad de México, a ____ de _____ de ____

DRA. KARINA CRUZ PACHECO
DIRECTORA DE LA UPIBI
P R E S E N T E.

Nombre del Alumno: _____

Programa Académico: _____

No. de Boleta: _____

Marque el motivo por el no finalizó su reinscripción

- Familiar
- Académico
- Trabajo
- Salud
- Económica
- Legal

Describa brevemente el motivo:

NOMBRE Y FIRMA DEL ALUMNO