



Nombre de la persona becaria: \_\_\_\_\_

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)
------------------	------------------	-----------

CVU: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Institución: \_\_\_\_\_

Nombre del Programa de Posgrado: \_\_\_\_\_

**Datos para la reanudación de beca:**

Fecha de reinicio del programa	____/____/____ dd/ mm/aaaa
Fecha y número de folio del comprobante de inscripción al período solicitado con carga académica completa del periodo a cursar	____/____/____ dd/ mm/aaaa Folio: _____

**Tipo de reanudación:**

- Por enmendar falta cometida       Por reincorporación al Posgrado

**Comentarios sobre la solicitud de suspensión:**

Vo. Bo. de la Coordinación Académica del Programa de Posgrado

Sello de la Institución

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma (autógrafa o digital)



Fecha de solicitud: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_  
dd mm aaaa