

SOLICITUD DE BAJA DEFINITIVA

\_\_\_\_\_ Oax., \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

C. \_\_\_\_\_  
Director del Plantel No. \_\_\_\_\_  
Del Colegio de Bachilleres  
Del Estado de Oaxaca  
P r e s e n t e.

Quien suscribe: \_\_\_\_\_ estudiante del \_\_\_\_\_ Semestre,  
Grupo \_\_\_\_\_ Turno \_\_\_\_\_ Ciclo \_\_\_\_\_ con Matrícula No. \_\_\_\_\_ No. de afiliación al  
IMSS por el Plantel \_\_\_\_\_ solicito BAJA DEFINITIVA a partir de esta fecha por las razones  
que a continuación señalo:

- ( ) Cambio de Institución
- ( ) Mal Estado de Salud
- ( ) Cambio de Residencia
- ( ) Problemas de trabajo
- ( ) Insolvencia académica
- ( ) Otros: \_\_\_\_\_

ATENTAMENTE

ATENTAMENTE

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de la/ el Estudiante

\_\_\_\_\_  
Firma de la madre, el padre o Tutor

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del responsable de la U.R.C.E.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma Director de Plantel

C.c.p.-El Plantel.