



ASESORÍAS ACADÉMICAS INDIVIDUALES

SECRETARÍA ACADÉMICA



NOMBRE DEL ALUMNO: _____ MATRÍCULA: _____

CELULAR: _____ PROGRAMA EDUCATIVO: _____ SEMESTRE: _____

GRUPO: _____ MODALIDAD: _____ CAMPUS: _____

DATOS DE LA ASESORIA

FECHA: ____/____/202 _____ HORA DE INICIO: _____ HORA DE TERMINO: _____

MATERIA: _____

PROFESOR: _____

TEMA: _____

FIRMA DEL ESTUDIANTE

FIRMA DEL PROFESOR