



**Posgrado Conjunto en
Ciencias Matemáticas
UNAM-UMSNH**



DOCTORADO

Solicitud de Suspensión Temporal

**Entregar por duplicado en cualquiera de las oficinas de la Coordinación
Llenar con letra clara de molde o máquina**

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)

No. De Cuenta	Teléfono	Correo Electrónico

Indique la fecha de la primera inscripción al Programa de Doctorado _____

¿Es la primera vez que solicita suspensión temporal? **Si** **No**

En caso negativo, especifique la fecha y el tiempo de suspensión anterior:

Indique el motivo de esta solicitud _____

Solicita suspensión temporal por **6 meses** **Un año**

Nombre y firma del Tutor Principal

Nombre y firma del Tutor (Comité Tutor)

Nombre y firma del Tutor (Comité Tutor)

Firma del estudiante

día/mes/año