



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



**MAESTRÍA  
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 en el Programa de Maestría: \_\_\_\_\_**

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

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

\_\_\_\_\_

**Solicita suspensión temporal por     1 semestre     2 semestres**

**Indique el motivo por el cuál solicita este trámite: \_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Nombre y firma del Tutor**

\_\_\_\_\_  
**Firma del estudiante**

\_\_\_\_\_  
**día/mes/año**