Secretaría General
Coordinación de Procesos e Información del Consejo Técnico

Solicitud de revisión a la asignación de programas de estímulos

Programa: ◯ **PEPASIG** **Semestre:**_____

Nombre del Profesor: _____
División: _____
No. telefónico: _____ **Correo Electrónico:** _____

Motivo de la solicitud: _____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Firma: _____ **Fecha:** _____

Informe de la División: _____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Firma: _____ **Fecha:** _____

Revisión: