

 UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA MEDELLÍN	NOMBRE DEL FORMATO Cancelación de cursos o periodo	CÓDIGO DEL DOCUMENTO SAA-RAFR 13.V1	FECHA DE VERSIÓN 20/10/2017
	ELABORÓ Auxiliar Registro Académico	REVISÓ Director Registro Académico	APROBÓ Asistente Profesional Dirección de Planeación

Señores

Facultad de _____, CIDHE () Bienestar Institucional ()

Fecha: _____

Yo, _____

C.C. _____ T.I. _____ C.E. _____, estudiante del programa
_____, nivel _____ ID _____, solicito a ustedes:

☐ La cancelación del curso: _____
Número Catálogo _____ Número Clase: _____

☐ La cancelación del ciclo académico _____, por motivo: Familiar _____, Laboral _____,
Económico _____, Salud _____, Otros estudios _____, Cambio de ciudad _____, Calidad Académica _____, Otro _____,
Cuál? _____

Observaciones: _____

Atentamente,

Firma Estudiante

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR LA FACULTAD O UNIDAD

Solicitud Aprobada: _____ Solicitud Reprobada: _____

Observaciones: _____

Autorizado por: _____

Decano () Director del Programa (x) CIDEH () Director Bienestar Institucional ()

Fecha de Recibo en Registro Académico: _____

Notas:

Esta solicitud está condicionada a la aprobación de la Facultad o la Unidad, para los casos de "Cancelación de Período Académico", se debe anexar el Formato de Paz y Salvo, totalmente diligenciado (Reglamento Estudiantil 2011 – Art. 15 – Parágrafo)

 UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA MEDELLÍN	NOMBRE DEL FORMATO Cancelación de cursos o periodo	CÓDIGO DEL DOCUMENTO SAA-RAFR 13.V1	FECHA DE VERSIÓN 20/10/2017
	ELABORÓ Auxiliar Registro Académico	REVISÓ Director Registro Académico	APROBÓ Asistente Profesional Dirección de Planeación