



INSTITUTO POLITECNICO NACIONAL
ESCUELA NACIONAL DE MEDICINA Y HOMEOPATIA
DEPARTAMENTO DE GESTIÓN ESCOLAR
SOLICITUD DE SERVICIOS



Nombre del Alumno:

Fecha: _____ Boleta: _____

Documento que solicita:

DICTAMEN: Núm. De Dictamen _____

BAJA: Temporal _____ Definitiva _____

Otro tipo, especificar:

RECIBIO:

FIRMA DEL SOLICITANTE



Nombre del alumno _____

Observaciones sobre documento requerido:

FECHA: _____

RECIBIO: _____