



COLEGIO DE BACHILLERES  
DEL ESTADO DE OAXACA

### SOLICITUD DE BAJA DEFINITIVA

\_\_\_\_\_ Oax., \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

C. \_\_\_\_\_

Director(a) del Plantel No. \_\_\_\_\_

Del Colegio de Bachilleres del Estado de Oaxaca

Presente.

Quien suscribe: \_\_\_\_\_ estudiante del \_\_\_\_\_ Semestre,  
Grupo \_\_\_\_\_ Turno \_\_\_\_\_ Período escolar \_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ control  
\_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ afiliación al IMSS por el Plantel,  
solicito BAJA DEFINITIVA a partir de esta fecha por las razones que a continuación señalo:

- ( ) Cambio de Institución
- ( ) Mal Estado de Salud
- ( ) Cambio de Residencia
- ( ) Problemas de trabajo
- ( ) Insolvencia académica
- ( ) Otros: \_\_\_\_\_

### ATENTAMENTE

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de la/ el Estudiante

\_\_\_\_\_  
Firma de la madre, el padre o Tutor

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del o la responsable de la U.R.S.E.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de Director(a) de Plantel

C.c.p.-El Plantel.

 Av. Universidad No. 145, Ex Hacienda Candiani  
Santa Cruz Xoxocotlán, Oaxaca C.P. 71233

 (951) 501 51 60

 direccion.general@cobao.edu.mx

