



COLEGIO DE BACHILLERES
DEL ESTADO DE OAXACA

COLEGIO DE BACHILLERES DEL ESTADO DE OAXACA
"Educación pública de calidad"

COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN ABIERTA



COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN ABIERTA
Modalidad Mixta con Opción Autoplaneada

AUTORIZACIÓN DE BAJA DEFINITIVA

Datos del estudiante

Apellido paterno

Apellido materno

Nombre (s)

Número de Control

Información del último cuatrimestre:

Año

Bloque

Cuatrimestre

Causas que obligan a la baja definitiva

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="radio"/> Problemas de salud | <input type="radio"/> Problemas en el trabajo | <input type="radio"/> Problemas familiares |
| <input type="radio"/> Falta de recursos económicos | <input type="radio"/> Recibió un mal trato en el CEA | <input type="radio"/> Recibió un mal trato de algun asesor |
| <input type="radio"/> Recibió un mal trato de algun asesor | <input type="radio"/> La modalidad no es adecuada para mi. | <input type="radio"/> Falta de tiempo para seguir estudiando. |
| <input type="radio"/> Falta de algún documento | <input type="radio"/> Otro: _____ | |

Lugar y fecha

Solicito se me autorice la baja definitiva de la Modalidad Mixta con Opción Autoplaneada, en virtud de que no puedo continuar mis estudios en el Colegio debido a lo indicado en el cuadro anterior.

Solicito se me otorgue el documento probatorio que avale las asignaturas del plan de estudios que curse en este Centro de Educación Abierta, así como la documentación personal en original que con motivo de mi inscripción aun se encuentre bajo resguardo de la institución. Cabe mencionar que cuento con mi constancia de no adeudos del estudiante debidamente firmada y autorizada.

Estoy conciente de que al momento de que sea autorizada mi baja definitiva NO podré volver a ingresar la Modalidad Mixta con Opción Autoplaneada del COBAO, por tanto, libero al Colegio de Bachilleres del Estado de Oaxaca de toda responsabilidad para conmigo.

Nombre y firma del estudiante

PARA SER LLENADO POR EL CENTRO DE EDUCACIÓN ABIERTA

Se autoriza la baja definitiva del estudiante.

Nombre del Centro

Nombre y firma del responsable

Nombre y firma del responsable del trámite

Sello del Centro