**FECHA DE SOLICITUD:**

**RETIRO DE ASIGNATURA**

**SEMESTRE ACADÉMICO 2025-II**

|  |  |
| --- | --- |
| **Apellidos y Nombres :** |  |
| **Escuela Profesional :** |  |
| **N° de Matrícula :** |  |
| **Sede :** |  |
| **Motivo del retiro de asignatura :** |  |

**RETIRO DE ASIGNATURA (S)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CÓDIGO DE ASIGNATURA** | **NOMBRE DE LA ASIGNATURA** | **CICLO** | **SECCIÓN** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FIRMA DEL ESTUDIANTE**

**DNI:**

**El documento vale como declaración jurada de que está solicitando la ANULACIÓN de su asignatura, sin lugar a reclamo.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FIRMA DE AUTORIZACIÓN**

**CONSEJERO DE MATRICULA**