UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ZACATECAS
FRANCISCO GARCÍA SALINAS

UNIDAD ACADÉMICA DE ENFERMERÍA

Fecha: _____

DRA. en B. ESTHER PALACIOS RODRIGUEZ
DIRECTORA DE LA UAE/UAZ
PRESENTE

SOLICITUD DE BECA DE CONDONACION

Yo_____ estudiante del semestre_____ .

(Nombre del estudiante)

con matrícula_____ solicito beca de condonación de pago de reinscripción para el ciclo escolar enero-julio 2027, debido a que tengo promedio general de _____.

Sin más por el momento me despido de Usted.

A T E N T A M E N T E

Zacatecas, Zac.

_____

Nombre y firma del estudiante

Campus UAZ Siglo XXI, Edificio 1, Carretera Zacatecas-Guadalajara Km. 6, Ejido La Escondida, / CP. 98160, Zacatecas, Zac.
Teléfono: 492 925 6690 Ext. 4700 - 4701