



ESCUELA NACIONAL DE BIBLIOTECONOMÍA Y ARCHIVONOMÍA
SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS EDUCATIVOS E INTEGRACIÓN SOCIAL
DEPARTAMENTO DE GESTIÓN ESCOLAR
SOLICITUD DE REGISTRO A EXAMEN EXTRAORDINARIO O ETS



Fecha

Día	Mes	Año

Semestre: _____ Grupo: _____ Turno: _____

Matrícula ó No. de Boleta

Nombre(s)

Apellido Paterno

Materno

Licenciatura en:

Archivonomía ()

Biblioteconomía ()

Turno en el que presentará el examen:

Matutino ()

Vespertino ()

Clave de la asignatura	Nombre de la asignatura	Nombre y apellidos del profesor que aplica el examen

Firma del alumno

Sello de Gestión Escolar