UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA
FORMATO DE SOLICITUD DE ASESORÍA ACADÉMICA

Fecha:_____

Tipo de asesoría: Individual ( ) Grupal ( )

Nombre de la o el alumno que solicita:_____

Matrícula de la o el alumno que solicita:_____

Carrera:_____ **Teléfono:**_____

Correo electrónico:_____

Disponibilidad de días y horarios:_____

_____

_____

Tema o asignatura para la asesoría:_____

_____

Motivo de la asesoría:_____

_____

_____

Para asesoría grupal:

Nombre:	**Matrícula:**	**Correo:**
Nombre:	**Matrícula:**	**Correo:**
Nombre:	**Matrícula:**	**Correo:**
Nombre:	**Matrícula:**	**Correo:**
Nombre:	**Matrícula:**	**Correo:**

Solicito el apoyo de asesorías académicas y extiendo mi compromiso de respetar y hacer respetar el tiempo del asesor.

_____
Nombre y firma de la o el solicitante