

REINCORPORACIÓN DE PROGRAMA

Alumno: _____

Código: _____

Programa: _____

Fecha: _____

A través de la presente solicitud, hago del conocimiento de la Escuela de Postgrado de la UTP mi decisión de:

Reincorporación al programa

Por los motivos que declaro a continuación:

Así mismo, declaro tener conocimiento de que solo podré retomar el programa en máximo dos oportunidades y durante el plazo de un año y/o acumular un máximo de dos cursos retirados, caso contrario se procederá de acuerdo al reglamento.

Firma

DNI N°: _____