

**UNIVERSIDAD JUAREZ DEL ESTADO DE DURANGO  
FACULTAD DE MEDICINA Y NUTRICIÓN**

**SERVICIOS ESCOLARES**

**FORMATO PARA PERMUTA DE GRUPO Y HORARIO ESCOLAR**

Fecha de solicitud \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**(1) Nombre del Alumno (a)** \_\_\_\_\_

Licenciatura: MEDICO CIRUJANO  NUTRICIÓN

Matricula: \_\_\_\_\_

Semestre: \_\_\_\_\_ Grupo asignado: \_\_\_\_\_

Horario asignado (en caso necesario): \_\_\_\_\_

No.Cel: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_

**\*\*\*\*\*SOLICITA CAMBIO DE GRUPO Y HORARIO ESCOLAR POR PERMUTA CON: \*\*\*\*\***

**(2) Nombre del Alumno (a)** \_\_\_\_\_

Licenciatura: MEDICO CIRUJANO  NUTRICIÓN

Matricula: \_\_\_\_\_

Semestre: \_\_\_\_\_ Grupo asignado: \_\_\_\_\_

Horario asignado (en caso necesario): \_\_\_\_\_

No.Cel: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Firma de conformidad del  
Alumno (1)

Firma de conformidad del  
Alumno (2)

Autorización  
del departamento