

LOS DATOS PERSONALES QUE USTED PROPORCIONE, FUNDAMENTADOS EN EL REGLAMENTO DE BECAS DE ESTUDIO, APOYOS ECONÓMICOS Y LICENCIAS CON GOCE DE SUELDO EN EL INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL, ASÍ COMO EN LOS LINEAMIENTOS PARA EL OTORGAMIENTO DE BECAS DE ESTUDIO, APOYOS ECONÓMICOS Y LICENCIAS CON GOCE DE SUELDO EN EL INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL, SERÁN PROTEGIDOS, INCORPORADOS Y TRATADOS EN EL PROGRAMA DE BECAS DE ESTUDIO-COFAA CUYA FINALIDAD ES QUE A TRAVÉS DE LOS DATOS GENERALES SE IDENTIFIQUE AL INTERESADO DE PARTICIPAR EN EL PROCESO DE BECAS DE ESTUDIO COFAA, LO ANTERIOR SE ESTABLECE CON BASE EN LOS ARTÍCULOS 3 FRACCIÓN II, 18 FRACCIÓN II, 20, 21 Y 43 DE LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL Y EL DÉCIMO SEXTO, DÉCIMO SÉPTIMO, VIGÉSIMO SÉPTIMO, VIGÉSIMO OCTAVO, VIGÉSIMO NOVENO, TRIGÉSIMO, TRIGÉSIMO PRIMERO, TRIGÉSIMO SEGUNDO Y TRIGÉSIMO TERCERO DE LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES.

"ESTE PROGRAMA ES PÚBLICO, AJENO A CUALQUIER PARTIDO POLÍTICO. QUEDA PROHIBIDO EL USO PARA FINES DISTINTOS A LOS ESTABLECIDOS EN EL PROGRAMA"

SOLICITUD DE SUSPENSIÓN TEMPORAL DE ESTUDIOS

FORMATO: BEST -07

TIPO DE BECA

BECA ESTUDIO COFAA

BECA BANCO DE MÉXICO

MAESTRÍA

DOCTORADO

ESTANCIA DE INVESTIGACIÓN

ESPECIALIZACIÓN

DATOS PERSONALES

NOMBRE:

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRE(S)

INFORMACIÓN DE LOS ESTUDIOS QUE REALIZA

DEPENDENCIA POLITÉCNICA DE
ADSCRIPCIÓN

PLAZA:

CATEGORÍA DICTAMINADA:

ESTUDIOS DE POSGRADO QUE REALIZA

INSTITUCIÓN EN LA QUE REALIZA
LOS ESTUDIOS DE POSGRADO:

FECHA DE INICIO DE ESTUDIOS:

PERIODO CONCLUIDO

DEL

AL

PERIODO SOLICITADO
PARA LA SUSPENSIÓN DE LOS
ESTUDIOS

DEL

AL

NUEVO PERIODO PARA
CONCLUSIÓN DE LOS ESTUDIO
Y ENTREGA DEL GRADO

DEL

AL

MOTIVOS DE LA SUSPENSIÓN	
SALUD	
NOMBRAMIENTOS EN CARGOS ADMINISTRATIVOS O DIRECTIVOS	
OTROS	

DETALLAR MOTIVOS DE LA SOLICITUD

ANEXAR LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN:

1. **FORMATO BEST-02 CARTA COMPROMISO ACTUALIZADO.**
2. **FORMATO BEST-03 PAGARÉ ACTUALIZADO.**
3. **FORMATO BEST-04 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES ACTUALIZADO.**
4. **EN COPIA FOTOSTÁTICA O VERSIÓN DIGITALIZADA, EVIDENCIA OFICIAL QUE JUSTIFIQUE LA SUSPENSIÓN TEMPORAL DE LOS ESTUDIOS.**

NOTA:
LA SUSCRIPCIÓN DE ESTE FORMATO IMPLICA EL RECONOCIMIENTO DE TODAS Y CADA UNA DE LAS OBLIGACIONES CONTEMPLADAS EN EL REGLAMENTO PARA EL OTORGAMIENTO DE BECAS DE ESTUDIO, APOYOS ECONÓMICOS Y LICENCIAS CON GOCE DE SUELDO EN EL INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL, ASÍ COMO EN SUS LINEAMIENTOS VIGENTES.

 FIRMA AUTÓGRAFA
 (USAR TINTA AZUL)

 FIRMA AUTÓGRAFA
 (USAR TINTA AZUL)

 NOMBRE DEL SOLICITANTE

 NOMBRE DEL DIRECTOR DE LA UNIDAD DE
 ADSCRIPCIÓN
 Vo. Bo.

S E L L O
 DE LA DEPENDENCIA POLITÉCNICA

FECHA ELABORACIÓN _____ _____ _____
 DIA MES AÑO