



Irapuato, Gto., a ____ de _____ de 2020

ASUNTO: *Formato de Apoyo de Pago Solidario*

C.
DR. JOSÉ MARIO MENDOZA CARRILLO
DIRECTOR DE LA DIVISIÓN DE CIENCIAS DE LA VIDA
CAMPUS IRAPUATO – SALAMANCA
PRESENTE.

Por este medio, me dirijo a Ud., para solicitar el Apoyo de Pago Solidario de Inscripción, para el semestre _____, debido a los siguientes motivos:

_____;

el cual, lo por anterior expresado, me comprometo a pagar el total de la inscripción a más tardar el **27 de octubre del 2020**; de lo contrario, autorizo se me de baja por incumplimiento de pago.

Mis datos son los siguientes:

Nombre del alumno(a): _____

Programa Educativo: _____ NUA: _____

Sin otro particular, agradezco de antemano sus atenciones y quedo en espera de una respuesta favorable a mi solicitud

FIRMA DEL ALUMNO: