|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DEL SOLICITANTE** | | | | | | | | | | |
| **Apellidos y Nombres Completos** | | | | | **No. Documento** | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | |
| **Teléfono Contacto** | **Correo Electrónico** | | | | **Fecha de Solicitud** | | | | | |
|  |  | | | | DD | | MM | | AAAA | |
| **DATOS DE SOLICITUD** | | | | | | | | | | |
| **Último período cursado** |  | | **Período a reingresar** | | |  | | | | |
| **Programa en el que se encontraba matriculado** |  | | | | | | | | | |
| **Motivo del retiro** |  | | | | | | | | | |
| **Solicitud Reingreso al mismo programa** | **Si No** | **Programa al que solicita reingreso** | |  | | | | | | |
| ***Nota: Artículo 29 Reglamento Estudiantil vigente:*** *El Reingreso se podrá solicitar por una sola vez, siempre y cuando no hayan transcurrido más de cuatro (4) períodos académicos desde el momento de su retiro formalmente legalizado.*  ***Parágrafo:***  *Si se demuestra mediante certificación laboral o de estudio la actualización de conocimientos en el área respectiva, podrán analizarse propuestas de ingreso hasta con un máximo de cinco años de su retiro formalmente legalizado.*  ***ARTÍCULO 30:*** *Los estudiantes admitidos por reingreso deberán someterse a las modificaciones del programa a partir de los semestres no cursados.* | | | | | | | | | | |
| **DOCUMENTOS ADJUNTOS** | | | | | | | | | | |
| **Anexos** | | | | | | | | **Recibido** | | |
| **Si** | | **No** |
| Certificación laboral *(aplica en caso de superar el tiempo establecido para el reingreso)* | | | | | | | |  | |  |
| Certificación estudios actualización *(aplica en caso de superar el tiempo establecido para el reingreso)* | | | | | | | |  | |  |
| Solicitud de homologación Formato 004-F-50 *( aplica en caso de solicitar cambio de programa)* | | | | | | | |  | |  |
| *Firma Solicitante*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *Nombre:*  *Documento* | | | | | | | | | | |

Para uso exclusivo del Director de Unidad

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **REVISIÓN DE LA SOLICITUD** | | | | |
| Documentación Adjunta Suficiente SI NO | | | | |
| Documentación Aceptada Para Estudio SI NO | | | | |
| Fecha | DD | MM | AAAA |  |
| Firma Director de Unidad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |