



CENTRO DE ESTUDIOS CIENTÍFICOS Y TECNOLÓGICOS N° 7
“CUAUHTÉMOC”
DEPARTAMENTO DE GESTIÓN ESCOLAR

SOLICITUD DE CAMBIO DE TURNO

___ de ___ de 20__

N° de boleta:

Grupo anterior:

Correo electrónico:

Número telefónico:

Foto reciente
a color

Alumno: _____
Primer apellido Segundo apellido Nombre(s)

DATOS RELACIONADOS CON LA PETICIÓN DEL CAMBIO

Motivo del cambio: Laboral Médico Distancia Otro

Breve explicación de los motivos:

Firma del(a) alumno(a)

**Nombre y firma
del padre, madre o tutor**

El Instituto Politécnico Nacional, IPN, con domicilio en Avenida Luis Enrique Erro s/n, Unidad Profesional “Adolfo López Mateos” Zacatenco, colonia Lindavista, alcaldía Gustavo A. Madero, Ciudad de México, CP. 07738, a través de su Secretaría de Servicios Educativos, SSE y de sus unidades académicas, son las responsables del tratamiento de los datos personales que nos proporcionen, los cuales serán protegidos conforme a lo dispuesto por la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, y demás normatividad que resulte aplicable. Se hace de tu conocimiento que los datos personales que solicitamos los utilizaremos para llevar a cabo el proceso de control y gestión escolar, así como registro y seguimiento de tu trayectoria académica en el IPN. Consulta el aviso de privacidad integral en https://www.gob.mx/aviso_de_privacidad

Este documento es propiedad del CECyT N° 7 “CUAUHTÉMOC”, y está prohibida su reproducción parcial o total por cualquier medio electrónico, sin autorización por escrito del Director.