



FUNDACIÓN
UNIVERSITARIA

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA LUIS AMIGÓ SOLICITUD DE TRASLADO DE SEDE ANTE LA FACULTAD

POR FAVOR DILIGENCIE ESTE FORMATO EN LETRA IMPRENTA LEGIBLE Y SIN ENMENDADURAS
ES IMPORTANTE CONSERVAR LA COPIA PARA CUALQUIER RECLAMO.

FECHA DE SOLICITUD	DÍA	MES	AÑO	SEMESTRES MATRICULADOS	ESTUDIANTE	
					ACTIVO <input type="checkbox"/>	RETIRADO <input type="checkbox"/>

APELLIDOS Y NOMBRES DEL ESTUDIANTE		No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	
PROGRAMA ACADÉMICO		SEDE ACTUAL	SEDE A TRASLADARSE

ESPACIO PARA DILIGENCIAR POR ESTUDIANTES ACTIVOS

CURSOS CON LOS CUALES CONTINUA			CURSOS QUE DEBE CANCELAR		
CÓDIGO	NOMBRE	GPO.	CÓDIGO	NOMBRE	GPO.

MOTIVO DE SOLICITUD DE TRASLADO: _____

FIRMA DEL ESTUDIANTE _____

C.C. No.:

NOMBRE DE QUIEN RECIBE EN LA FACULTAD _____

SEÑOR ESTUDIANTE, SI USTED SE VA A TRASLADAR DE UNA SEDE (MEDELLÍN, PALMIRA, BOGOTÁ, MANIZALES, CARTAGENA, APARTADO) A OTRA, DEBE TRAMITAR LOS SIGUIENTES PAZ Y SALVOS ANTES DE ENTREGAR LA SOLICITUD.

TESORERÍA	COOPERAMIGÓ
BIBLIOTECA	BIENESTAR UNIVERSITARIO

FECHA DE ESTUDIO DE LA SOLICITUD	DÍA	MES	AÑO	APROBADO		APROBADO		
				SI	NO	AÑO	PERIODO	FIRMA DIRECTOR DEL PROGRAMA
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		1 2	