



UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA

CENTRO UNIVERSITARIO DE LA COSTA.

SECRETARIA ADMINISTRATIVA / COORDINACION DE CONTROL ESCOLAR

SOLICITUD DE LICENCIA DE SALUD Y/O MATERNIDAD

DRA. MARÍA ESTHER AVELAR ÁLVAREZ

RECTORA DEL CENTRO UNIVERSITARIO DE LA COSTA

DE LA UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA

P R E S E N T E

AT'N MTRA. MARÍA DEL CONSUELO DELGADO GONZÁLEZ

SECRETARIA ADMINISTRATIVA

Por este medio y de la manera más atenta me permito solicitar a Usted me sea **AUTORIZADA** una **LICENCIA** para el Ciclo Escolar **2027 "A"**, el cual comprende del 18 de Enero al 15 de Julio del 2027.

Los motivos por los que solicito la licencia son los siguientes:_____

Adjunto a la presente los siguientes documentos:

- | | |
|--------------------------|---|
| ☐ | No tener adeudos en la Orden de Pago 2027 "A" |
| ☐ | Ficha y recibo bancario del pago en original del Trámite Administrativo . |
| ☐ | Constancia Médica exclusivo del IMSS , dando consentimiento a la Coordinación de Control Escolar para el uso y resguardo de la información según Aviso de Privacidad http://www.transparencia.udg.mx/aviso-confidencialidad-integral . |

ATENTAMENTE

Puerto Vallarta, Jalisco a _____ de _____ de _____

NOMBRE Y FIRMA DEL ALUMNO

Código de Alumno: _____ Carrera: _____

Av. Universidad de Guadalajara # 203. C. P. 48280. Delegación Ixtapa, Puerto Vallarta, Jal., México.
Tel. 01 (322) 22-622-08. Fax: 28-116-80. Ext. 6208
<http://www.cuc.udg.mx>

SOLICITUD DE LICENCIA, CUCOSTA

Nombre del Alumno: _____

Carrera: _____

TRÁMITE SUJETO DE APROBACIÓN: El tiempo de respuesta de la solicitud es de 5 días hábiles. En caso de que el trámite lo recoja una tercera persona, deberá presentar carta poder requisitada en original y copia simple de la identificación oficial vigente del otorgante y del apoderado.

ACUSE DE DOCUMENTACIÓN COMPLETA