|  |
| --- |
| **Datos del prestador** |
| Nombre(s) completo: | | |
| Carrera: | No. de cuenta: | Fecha de la baja: |

|  |
| --- |
| **Datos de la dependencia receptora y responsable directo** |
| Nombre: | |
| Responsable de el/la prestador/a (Grado académico, nombre completo y cargo): | |

|  |
| --- |
| **Motivos que originaron la baja y consecuencias para el prestador** |
|  | |

**Nota:** Sólo se autorizará una segunda baja, la tercera se someterá a Consejo de Gobierno del Espacio Académico.

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre completo** | **Firma** |
| **Prestador (a)** | |  |
| **Responsable de servicio social, con sello del EA** | |  |