

 <p>Unilasallista Corporación Universitaria</p>	SOLICITUD RESERVA DE CUPO		Código: DC-FO-110 Versión: 2 05/09/2024
	Macroproceso: Docencia	Proceso: Ingreso y Registro Estudiantil	

Caldas, ____ de ____ de 20____.

Señores
ADMISIONES Y REGISTRO
Corporación Universitaria Unilasallista

Asunto: Solicitud de reserva de cupo.

Yo, _____, identificado(a) con documento de identidad número _____, en mí condición de aspirante admitido___ o estudiante del Programa de _____, de la Facultad de _____, de la Corporación Universitaria Unilasallista, solicito la reserva de cupo por uno___ o dos___ períodos académicos, debía a:

Razón Invocada:

Reserva de Cupo. Es la condición mediante la cual, quien deba suspender sus estudios o no pueda iniciarlos una vez admitido, podrá solicitar reserva de cupo por un periodo no mayor a un año mediante comunicación escrita. (Artículo 16 del Reglamento Estudiantil – Resolución CS-173 de 10 de julio de 2013).

Autorizo que la respuesta sea notificada al correo institucional: ____@unilasallista.edu.co o al correo personal _____.

Atentamente,

Firma: _____

Nombre completo: _____

Correo electrónico personal: _____

Teléfono de contacto: _____