



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS



Cuernavaca, Morelos, 09 de abril de 2026

CLAVE:17UCT0002W

DRA. VALERI DOMÍNGUEZ VILLEGAS
ENCARGADA DE DESPACHO DE LA DIRECCIÓN
DE LA ESCUELA DE TÉCNICOS LABORATORISTAS

En mi carácter de responsable del estudiante _____ grado _____
y grupo ____ con matrícula _____.

Declaro que, con base en la información proporcionada, elijo la siguiente modalidad para mi hijo(a) o tutorado(a):

Estoy de acuerdo en que, de manera temporal, se implementen clases en modalidad virtual al regreso del periodo vacacional, mientras se restablecen las condiciones para un retorno a las clases presenciales.

No estoy de acuerdo con el regreso a clases virtuales, sin saber cuándo sería la fecha de regreso.

Nombre y firma del padre/madre/tutor _____

Anexo copia de mi INE

Nota importante

Se informa que, en caso de que el alumno(a) no asista a clases, **no se le registrarán faltas**, con el fin de evitar afectaciones administrativas.

