



Escuela de Medicina y  
Ciencias de la Salud  
TecSalud

Fecha: \_\_\_\_\_  
DD/MM/AA

Nombre del alumno: \_\_\_\_\_ Matrícula: \_\_\_\_\_

Ratifico que he leído y conozco la Legislación Académica para Alumnos de Profesional del Tecnológico de Monterrey, Capítulo VIII “Bajo rendimiento académico y estatus de los estudiantes”. Del Artículo 8.2 al 8.9.

Sé que de incurrir en la sanción 8.3, estatus Condicional, estoy sujeto (a) a cursar el Programa de Asesoría Académica, descrito en el Artículo 8.8; y que en el caso de que incurra en estatus de Apoyo Académico, Artículo 8.6, podré continuar en el Tecnológico de Monterrey, sólo en el caso de autorizármese un cambio de carrera.

Estoy enterado (a) de que, en Ciencias Clínicas, dos trimestres equivalentes a un periodo académico semestral.

---

Nombre, firma del alumno y fecha

c.c.p Expediente alumno DMA  
c.c.p. Dirección de Carrera