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

Caldas, _____de_____de 20____. .

Señores
ADMISIONES Y REGISTRO
Corporación Universitaria Lasallista

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 Lasallista, solicito la reserva de cupo por uno___ o dos___ períodos académicos, debido a la siguiente razón:

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: _____

El contenido de este documento es de propiedad y de uso exclusivo de La Corporación Universitaria Lasallista