**DRA. GUADALUPE GARCÍA VÁZQUEZ**

**DIRECTORA DE LA ESCUELA SUPERIOR**

**DE REHABILITACIÓN**

**PRESENTE**

**( ) BAJA TEMPORAL ( ) BAJA DEFINITIVA**

Quien suscribe , Estudiante del Semestre, con número de matrícula de la Licenciatura ; informo a Usted, que durante mi estancia en la Escuela Superior de Rehabilitación NO ADEUDO BIENES MATERIALES, propiedad de la misma en las diversas áreas según se hace constar mediante las firmas de los siguientes responsables:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ÁREA** | **RESPONSABLE DEL ÁREA** | **ADEUDO** | **FECHA Y FIRMA** |
| Biblioteca | **Nombre del responsable** | (SI) (NO) |  |
| División de Tratamientos | **Nombre del responsable** | (SI) (NO) |  |
| Coordinación de la Licenciatura correspondiente | **L.T.F. Mario Hernández López**  Coordinador de Terapia Física  **L.T.O. Celia Bustamante Puga**  Coordinadora de Terapia Ocupacional  **L.T.C.H. Ma. Beatriz Maldonado García**  Coordinadora de Comunicación Humana  **L.O.P. Álvaro Elizalde Paz**  Coordinador de Órtesis y Prótesis | (SI) (NO)  (SI) (NO)  (SI) (NO)  (SI) (NO) |  |

**Nota: Dirigirse a cada área para firma del titular**

En la CDMX, a los días del mes de del año .

**A t e n t a m e n t e**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FIRMA DEL ALUMNOBajo protesta de decir verdad**

**Se identifica con:**

**Expedida por:**

**Número:**

Ccp. Alumno.

Expediente del alumno.

Expediente E.S.R.

**Aviso de Privacidad:** El Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra, garantiza el derecho que tiene toda persona a la protección de sus datos personales recabados en este formulario, los cuales serán de uso exclusivo para el formato Solicitud de baja por voluntad propia, como lo establece el art. 25 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados.