**F\_AA\_241**

**ESCUELA POLITÉCNICA NACIONAL**

**CONSEJO DE DOCENCIA**

*Actualización: 18 de octubre de 2023*

**RETIRO DEFINITIVO**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SECCIÓN I – ESTA SECCIÓN DEBE SER LLENADA POR EL SOLICITANTE** | | | | | | |
| **FECHA DE SOLICITUD:** | |  | **PERIODO ACADÉMICO:** | |  | |
| **CARRERA O CURSO DE NIVELACIÓN:** | |  | | | | |
| **CÉDULA/PASAPORTE DEL SOLICITANTE:** | |  | | | | |
| **NOMBRE DEL SOLICITANTE:** | |  | | | | |
| **TIPO DE SOLICITUD:** | | | **SELECCIÓN** | | **AUTORIDAD RESPONSABLE** | |
| **Retiro definitivo del curso de nivelación**  *Se puede solicitar hasta el último día de clases del primer bimestre* | | |  | | **Director de Admisión y Registro** | |
| **Retiro definitivo de la carrera**  *Se puede solicitar hasta el último día de clases del primer bimestre* | | |  | | **Decano o Director de la ESFOT** | |
| **JUSTIFICACION:** | | *Detallar el motivo o motivos por el cual el estudiante decide finalizar de forma permanente sus actividades académicas en la Escuela Politécnica Nacional.* | | | | |
| **EL SOLICITANTE DECLARA QUE EL PERSONAL DE LA EPN LE INFORMÓ LO SIGUIENTE:** | | | | | | |
| **No significa la eliminación del historial académico**  *No se eliminará el historial de las asignaturas aprobadas o reprobadas por el solicitante.* | | | **SI** | | **NO** | |
| **No significa supresión de matrícula**  *El número de matrícula SI será contabilizado y constará en el currículo del solicitante.* | | | **SI** | | **NO** | |
| **En caso de la nivelación, se procederá a notificar a la SENESCYT del retiro y se inactivará el cupo**  *La EPN notificará a la SENESCYT que el estudiante optó por retirarse de forma definitiva de la nivelación de carrera, dicha institución procederá a la inactivación de cupo.* | | | **SI** | **NO** | **No aplica** | |
| **En caso de la nivelación, no podrá solicitar reingreso a la misma carrera de Escuela Politécnica Nacional**  *Una vez determinado el cupo inactivo, la o el aspirante no podrá retomar o continuar sus estudios en la misma carrera.* | | | **SI** | **NO** | **No aplica** | |
| **En caso de carrera, la autorización de reingreso estará supeditada a lo establecido en el Sistema Nacional de Nivelación y Admisión**  *Se verificará condiciones de gratuidad.* | | | **SI** | **NO** | **No aplica** | |
| **RESPONSABILIDAD DE LA INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO DE DATOS** | | Declaro bajo juramento que la información de este formulario, así como la documentación adjunta al presente es veraz, legítima y auténtica.  Autorizo a la Escuela Politécnica Nacional para que pueda hacer uso de la información de este formulario, así como de la documentación adjunta para el análisis de la presente solicitud. Así también, autorizo a la Escuela Politécnica Nacional valide y verifique documentalmente en cualquier momento la información y documentación proporcionada por mi persona.  Tengo conocimiento que la Escuela Politécnica Nacional se reserva el derecho de iniciar las acciones administrativas a las que hubiere lugar para comprobar la veracidad, legitimidad y autenticidad de la información y documentación presentada, en caso de identificar lo contrario, se procederá a archivar el trámite sin perjuicio del inicio de los procesos o la aplicación de las sanciones que se puedan ejecutar en el marco del Código Orgánico Integral Penal (Art. 328, Art. 328.1), de la Ley Orgánica para La Optimización y Eficiencia de Trámites Administrativos (Art. 3 y Art. 10), de la Ley Orgánica de Educación Superior (Art. 207), así como del Reglamento de Disciplina y Sanciones de la Institución. | | | | |
| ***Marcar con una X*** |  |
| **FIRMA DEL SOLICITANTE** | |  | | | | |
| **SECCIÓN II – ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR LA DIRECCIÓN DE ADMISIÓN Y REGISTRO** | | | | | | |
| Nombre:  Firma: | | | | Fecha registro: | |  |
| Fecha de notificación al solicitante: | |  |
| Fecha de notificación al DFB: | |  |
| Fecha de notificación a la DGIP: | |  |
| Fecha de notificación a la SENESCYT: | |  |
| **SECCIÓN III – ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR EL DECANO O DIRECTOR DE LA ESFOT** | | | | | | |
| Nombre:  Firma: | | | | Fecha registro: | |  |
| Fecha de notificación al solicitante: | |  |