



Nombre de la Licenciatura a la que solicita la Reinscripción:

Sistema al que está Incorporado o con Reconocimiento de Validez Oficial de Estudios a Licenciatura

Marque con una X : UAEMéx. () SEP () SEGEM () UNAM ()

DATOS DEL ESTUDIANTE

No. de Cuenta: _____ Ciclo/semestre/cuatrimestre/periodo a cursar: _____ Grupo anterior: _____

Turno: _____ Grupo asignado: _____ Turno asignado: _____

Nombre: _____

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre(s)

Género: (M) (F) Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Estado Civil: _____

Día Mes Año

Domicilio: _____

Calle

No.

Colonia ó Localidad

Municipio o Ciudad

Estado

Código Postal

Teléfono casa

Teléfono celular _____ Correo Electrónico: _____

Facebook: _____ Twitter: _____

PROTESTO RESPETAR LA NORMATIVIDAD APLICABLE AL PROGRAMA ACADÉMICO AL QUE ME REINSCRIBO, EL REGLAMENTO GENERAL, ACUERDOS GENERALES Y ESPECIALES QUE ESTABLEZCA LA UNIVERSIDAD DE IXTLAHUACA CUI, A.C. CUMPLIR ESTRICTAMENTE LAS OBLIGACIONES ACADÉMICAS Y ADMINISTRATIVAS, OBSERVAR LA DISCIPLINA DEL PLANTEL Y HACER HONOR ANTE TODO TIEMPO Y LUGAR A ESTA UNIVERSIDAD.

CONFIRMO QUE HE LEÍDO, QUE ENTIENDO Y ACEPTO LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DEL AVISO DE PRIVACIDAD PARA ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD DE IXTLAHUACA CUI, A.C.

CONFIRMO QUE HE REVISADO Y CONOZCO MI SITUACIÓN ACADÉMICA DE CONFORMIDAD A LA TRAYECTORIA IMPRESA AL REVERSO DE ESTA SOLICITUD.

Ixtlahuaca, Méx. a ___ de ___ de ___

Nombre completo y Firma del Estudiante

USO EXCLUSIVO DE LA DIRECCIÓN ACADÉMICA

NOMBRE, FIRMA Y FECHA DE QUIEN AUTORIZA	FECHA DE DEVOLUCIÓN

CONTROL ADMINISTRATIVO

Fecha de pago: ___/___/___ Día Mes Año	Sello de pagado
---	-----------------