



NOMBRE DE LA LICENCIATURA A LA QUE SE INSCRIBE

Con Reconocimiento de Validez Oficial de Estudios de la Secretaría de Pública, según acuerdo número _____ de fecha _____

DATOS DEL ESTUDIANTE

No. de Control Asignado: _____
Nombre: _____ **Género: (H) (M)**
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s)
Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Lugar de Nacimiento: _____ Estado Civil: _____
Día Mes Año
Nacionalidad: _____ CURP: _____ Hablante de lengua Indígena ____ Cual _____

DATOS DE CONTACTO

Teléfono celular _____ Teléfono casa _____ Correo Electrónico _____
Facebook _____ Instagram _____
Domicilio: _____
Calle No. Colonia ó Localidad
Municipio o Ciudad Estado Código Postal
Si trabajas, especifica en donde: _____

DATOS DE ESTUDIOS PREVIOS

Escuela de Procedencia: _____
Domicilio de la Escuela: _____

DATOS DEL PADRE, MADRE O TUTOR

Nombre: _____
Apellido Paterno Aellido Materno Nombre(s) Ocupación
Parentesco con el estudiante: _____ Correo Electrónico: _____
Género: (H) (M) Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Estado Civil: _____
Día Mes Año
Domicilio: _____
Calle No. Colonia ó Localidad
Municipio Estado Código Postal Teléfono celular _____
Inscripción a Especialidad en: Inglés _____ Francés _____ Italiano _____

PROTESTO RESPETAR LAS NORMAS ESTABLECIDAS EN LA LEY GENERAL DE EDUCACIÓN, ASÍ COMO EL REGLAMENTO GENERAL DE ESTUDIOS DE LICENCIATURA, REGLAMENTO GENERAL, ACUERDOS GENERALES Y ESPECIALES DE LA UNIVERSIDAD DE IXTLAHUACA CUI; CUMPLIR E STRICTAMENTE LAS OBLIGACIONES ACADÉMICAS Y ADMINISTRATIVAS, OBSERVAR LA DISCIPLINA DEL PLAN Y HACER HONOR ANTE TODO TIEMPO Y LUGAR A ESTA UNIVERSIDAD.

RESPONSIVA

En término del Art.18 del Reglamento General de Estudios de Licenciatura de la Universidad de Ixtlahuaca CUI y el Art.27 Frac.X inciso (b) del acuerdo 279 de la SEP. Me comprometo a entregar: documento (s) faltante (s) el día 02/08/2024, para efecto de completar mi expediente; estando debidamente apercebido que de no entregarlo (s) en esta fecha, la inscripción realizada será improcedente.

Documento(s) faltante: _____

Confirmo que conozco, entiendo y acepto que:

- a) El certificado total o parcial de estudios y el título de licenciatura, será expedido por la Universidad de Ixtlahuaca CUI y autenticado por la Dirección General de Acreditación, Incorporación y Revalidación de la Secretaría de Educación Pública.
- b) El costo total de los servicios por concepto de preinscripción, inscripción , reinscripción, colegiaturas y el número de ellas en el periodo, exámenes extraordinarios, cursos de regularización, duplicados de certificados, constancias, credenciales, cursos complementarios, prácticas deportivas especiales y otras actividades extracurriculares, costo del servicio de transporte, calendario de pagos y recargos por mora, lista de actividades opcionales y su costo, el nombre de los principales directivos de la Universidad y su horario de oficina, así como los demás datos que he requerido de la universidad de Ixtlahuaca CUI, A.C. para la prestación de los servicios educativos que ofrece.
- c) He leído, entiendo y acepto los términos y condiciones del Aviso de Privacidad para estudiantes de la Universidad de Ixtlahuaca CUI, AC.

Ixtlahuaca, Méx. a ____ de ____ de ____

NOMBRE Y FIRMA DEL ESTUDIANTE

Para uso exclusivo de Control Escolar

Autorizó trámite: _____ Firma: _____

Nombre

CONTROL ESCOLAR	CONTROL ADMINISTRATIVO
Fecha de recepción de la solicitud: ____/____/____ Día / Mes/ Año	Sello de pagado