



Nombre de la Licenciatura a la que solicita la Reinscripción

[Empty box for license name]

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

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

DATOS DEL ESTUDIANTE

No. de Cuenta: Cuatrimestre/ Año/ Periodo a cursar: Grupo anterior: Turno:

Nombre: Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s)

Género: (M) (F) Fecha de Nacimiento: Día Mes Año Estado Civil:

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 LEIDO, 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

Table with 2 columns: NOMBRE, FIRMA Y FECHA DE QUIEN AUTORIZA; FECHA DE DEVOLUCIÓN

Table with 2 columns: Fecha de pago: Día Mes Año; Sello de pagado