



PROGRAMA EDUCATIVO QUE DESEA CURSAR:

Con Reconocimiento de Validez Oficial de Estudios de la Secretaría de Educación, Ciencia, Tecnología e Innovación del Gobierno del Estado de México, según acuerdo número \_\_\_\_\_ de fecha \_\_\_\_\_

DATOS PERSONALES 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 \_\_\_\_\_
Domicilio: \_\_\_\_\_
Calle No. Colonia ó Localidad

Municipio o Ciudad Estado Código Postal

DATOS DE ESTUDIOS PREVIOS

Escuela de Procedencia: \_\_\_\_\_
Licenciatura: \_\_\_\_\_
Domicilio de la Escuela: \_\_\_\_\_

DATOS DE CONTACTO

Teléfono celular \_\_\_\_\_ Teléfono casa \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_
Facebook \_\_\_\_\_ Instagram \_\_\_\_\_

DATOS LABORALES

Nombre de la Institución o Empresa Cargo o Puesto Antigüedad

Domicilio: \_\_\_\_\_
Calle No. Colonia o Localidad

Municipio Estado Código Postal Teléfono

USO EXCLUSIVO DE CONTROL ESCOLAR

Table with 6 columns: Document Name, ORIGINAL, COPIA, Document Name, ORIGINAL, COPIA. Rows include Acta de nacimiento certificada, Título profesional, Cédula personal con efectos de patente, Certificado de licenciatura, Autenticación de certificado de licenciatura, Constancia laboral, Acta de titulación, Carta de exposición de motivos, Impresión de constancia CURP, Oficio de titulación por estudios de posgrado, Fotografías, Comprobante de domicilio.

Confirmando que conozco, entiendo y acepto que:

- a) El certificado total o parcial de estudios de Maestría, será expedido por la Secretaría de Educación, Ciencia, Tecnología e Innovación del Gobierno del Estado de México y el Grado correspondiente será otorgado por La Universidad de Ixtlahuaca CUI y Registrado en la Subdirección de Profesiones de la citada Secretaría de Educación.
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, 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, A.C.

Ixtlahuaca, Méx. a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Nombre y firma del Estudiante

Autorizó Trámite (Nombre y Firma)

CONTROL ESCOLAR

CONTROL ADMINISTRATIVO

Fecha de Recepción: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
Día / Mes / Año

Sello de Pagado