



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: _____
Maestría: _____
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 4 columns: Document Name, ORIGINAL, COPIA, and another ORIGINAL/COPIA. Rows include: Acta de Nacimiento Certificada, Grado de maestro (a), Cédula Personal con efectos de patente, Certificado de Maestría, Autenticación de Certificado de Maestría, Acta de examen, Carta de exposición de motivos, Impresión de constancia CURP, Oficio de titulación por estudios de posgrado, Anteproyecto ejecutivo de investigación, Fotografías, Comprobante de domicilio.

Confirmando que conozco, entiendo y acepto que:

- a) El certificado total o parcial de estudios de Doctorado, será expedido por la Secretaria 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 Secretaria de Educación del Gobierno del Estado de México.
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)

Table with 2 columns: CONTROL ESCOLAR and CONTROL ADMINISTRATIVO. CONTROL ESCOLAR contains: Fecha de Recepción: ____/____/____ Día / Mes / Año. CONTROL ADMINISTRATIVO contains: Sello de Pagado.