



Universidad Autónoma del  
Estado de Morelos

FOTO

SOLICITUD DE REINSCRIPCIÓN:

ESCUELA PREPARATORIA  
DIURNA NÚMERO UNO,  
CUERNAVACA.

INFORMACIÓN PERSONAL:

NIVEL MEDIO SUPERIOR ESCOLARIZADO

Apellido paterno:	Apellido materno:	Nombre (s):	Matrícula:
Lugar de nacimiento:		Fecha de nacimiento (dd/mm/aa):	Grupo:
CURP:	Nacionalidad:	Estado Civil:	Sexo: Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>
DOMICILIO:			Teléfono casa:
Calle:	Número exterior/interior:		Teléfono trabajo:
Colonia:	Código Postal:		Celular:
Correo electrónico:			Red social (facebook, twitter):
En caso de emergencia localizar a (nombre):			Teléfono casa:
Dirección:			Celular:

INFORMACIÓN ESCOLAR:

Periodo del semestre a reingresar:	Agosto-Diciembre 20 <input type="text" value="17"/>	Enero- Junio 20 <input type="text"/>	Semestre No. <input type="text"/>
Programa Educativo: NIVEL MEDIO SUPERIOR			

Para ser llenado exclusivamente por la Unidad Académica:

Número de afiliación a seguridad social:	Número de certificado de seguro de vida, accidentes personales y gastos médicos:
--	--

Deberá ser llenado exclusivamente por la Unidad Académica (marcar con una X)

Recibo de Pago de Servicios:

<input type="checkbox"/> 2º Semestre	<input type="checkbox"/> 5º Semestre
<input type="checkbox"/> 3º Semestre	<input type="checkbox"/> 6º Semestre
<input type="checkbox"/> 4º Semestre	

<p>Bajo protesta de decir verdad manifiesto que los datos proporcionados son verdaderos.</p> <p>Asimismo, me comprometo a:</p> <p>a). Cumplir con lo establecido en el artículo 150 del Estatuto Universitario y demás reglamentación de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos.</p> <p>b). Acepto y autorizo a la Universidad Autónoma del Estado de Morelos, para que a través del correo electrónico proporcionado en el presente documento me sean notificadas las bajas definitivas o temporales, de conformidad al artículo 149 fracción XII del Estatuto Universitario.</p> <p>c). Hacer del conocimiento a la Universidad Autónoma del Estado de Morelos, cualquier cambio o modificación de los datos proporcionados en este formato.</p> <p>Firma del alumno (en caso de ser menor de edad deberá firmar alguno de sus padres o tutor)</p> <p>Cuernavaca, Morelos a      de      de</p>	<p>Nombre y firma del Jefe de Control Escolar de la Unidad Académica, Responsable de la revisión y cotejo de la información plasmada en el presente documento:</p> <p>C.P. SONIA STEPHANIE CURIEL AGUILAR Firma del Responsable de Control Escolar</p> <p>Cuernavaca, Morelos a      de      de</p>
--	---

La información personal recabada en este documento, está resguardada por la Universidad Autónoma del Estado de Morelos de conformidad con la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Morelos.

Nota: La presente solicitud deberá ir acompañada de los requisitos establecidos en la Legislación vigente de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos.