



### SOLICITUD DE REINSCRIPCIÓN:



**Universidad Autónoma del Estado de Morelos**

INFORMACIÓN PERSONAL (Para ser llenado por el alumno):

NIVEL SUPERIOR

Apellido paterno:	Apellido materno:	Nombre (s):	Matrícula:
Lugar de nacimiento:		Fecha de nacimiento (dd/mm/aa): / /	
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="checkbox"/>	Enero- Junio 20 <input type="checkbox"/>	Semestre No. <input type="checkbox"/>
Carrera:			

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:

2º Semestre	7º Semestre	12º Semestre
3º Semestre	8º Semestre	13º Semestre
4º Semestre	9º Semestre	14º Semestre
5º Semestre	10º Semestre	15º Semestre
6º Semestre	11º Semestre	16º Semestre

<p>Bajo protesta de decir verdad manifiesto que los datos proporcionados son verdaderos.</p> <p>Asimismo, me comprometo a:</p> <p>a). Conocer y cumplir con lo establecido en la Legislación Universitaria, Planes de Estudios, procedimientos y otros preceptos aplicables 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 sea enviada cualquier tipo de notificación (bajas definitivas, bajas temporales, etc.).</p> <p>c). Hacer del conocimiento en tiempo y por escrito a la Universidad Autónoma del Estado de Morelos, cualquier cambio o modificación de los datos proporcionados en este formato.</p> <p style="text-align: center;">Firma del alumno</p> <p style="text-align: center;">Cuernavaca, Morelos a    de    de</p>	<p><b>**Nombre y firma de los Responsables de la Unidad Académica, de la revisión y cotejo de la información plasmada en el presente documento:</b></p> <p><b>**De conformidad a lo establecido en el Artículo 117 Fracción VIII del Estatuto Universitario y demás relativos y aplicables de la UAEM.</b></p>	
	<p>Nombre y firma del Director</p> <p style="text-align: center;">Dra. Vera Lucía Petricevich</p>	<p>Nombre y Firma del Jefe o Responsable de Control Escolar</p> <p style="text-align: center;">Lic. Rosa Ma. González Delgado</p>

Los datos personales recabados por la Universidad Autónoma del Estado de Morelos, están protegidos de conformidad a lo dispuesto por la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados 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.