



SOLICITUD DE REINSCRIPCIÓN:



Universidad Autónoma del Estado de Morelos

Facultad de Medicina

INFORMACIÓN PERSONAL:

| | | | |
|---|---------------------------|-------------------------------------|---|
| 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). 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 style="text-align: center;">Firma del alumno</p> <p style="text-align: center;">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 style="text-align: center;">L.A. Rosa María González D.</p> <p style="text-align: center;">Firma del Responsable de Control Escolar</p> <p style="text-align: center;">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.