



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS

SOLICITUD DE REINSCRIPCIÓN:



INFORMACIÓN PERSONAL:

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). 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.