



SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN:



Universidad Autónoma del Estado de Morelos

Facultad de Medicina

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:
Municipio:	Estado:	Correo electrónico:	Red social (facebook, twitter):
En caso de emergencia localizar a (nombre):			Teléfono casa:
Dirección:			Celular:

INFORMACIÓN ESCOLAR

Deberá ser llenado exclusivamente por la Unidad Académica

Periodo del semestre a ingresar:	septiembre-diciembre 20 <input type="checkbox"/>	enero- junio 20 <input type="checkbox"/>
Programa Educativo:		
Número de afiliación a seguridad social:	Número de certificado de la póliza del seguro de vida y accidentes personales:	
Nota: es obligatorio que el alumno llene la Encuesta de Becas y Seguros		

DOCUMENTOS EN ORIGINAL Y COPIA SIMPLE QUE SE ANEXAN AL PRESENTE (marcar con una X)

Ingreso por Examen de Selección	Ingreso por Equivalencia o Revalidación de Estudios:
Acta de Nacimiento	Acta de Nacimiento
CURP (puede ser el que se imprime de la página de la Secretaría de Gobernación)	CURP (puede ser el que se imprime de la página de la Secretaría de Gobernación)
Ficha del Examen de Selección	Certificado Total de Estudios de Bachillerato
Certificado Total de Estudios de Bachillerato	Recibo de pago por Revalidación Total del Bachillerato (cuando sean estudios del extranjero)
Recibo de pago por Revalidación Total del Bachillerato (cuando sean estudios del extranjero)	Documento Migratorio autorizado por la Secretaría de Gobernación (revisado previamente por el Departamento de Movilidad Estudiantil)
Documento Migratorio autorizado por la Secretaría de Gobernación (revisado previamente por el Departamento de Movilidad Estudiantil)	Recibo de Pago de Servicios
Recibo de Pago de Servicios	Recibo por concepto de Equivalencia o Revalidación (Licenciatura)
Haber llenado la encuesta de becas y seguros	Acta de Equivalencia o Revalidación (Licenciatura)
	Certificado de Estudios Origen (estudios anteriores de Licenciatura)
	Haber llenado la encuesta de becas y seguros

<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 Estudio, procedimientos y otros preceptos aplicables de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos.</p> <p>b). Aceptar y autorizar 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 esta solicitud de inscripción.</p> <p style="text-align: center;">Firma del alumno (en caso de ser menor de edad deberá firmar alguno de sus padres o tutor)</p> <p style="text-align: center;">Cuernavaca, Morelos a de de</p>	<p>Nombre y firma de los Responsables de la Unidad Académica, de la revisión y cotejo de la información plasmada en el presente documento:</p> <p>De conformidad a lo establecido en el Artículo 117 Fracción VIII del Estatuto Universitario y demás relativos y aplicables de la Legislación Universitaria de la UAEM.</p>	
	<table border="1"> <tr> <td> <p>Nombre y firma del Director de la Unidad Académica o Secretario Ejecutivo del Consejo Directivo del Instituto</p> <p style="text-align: center;">Dra. Vera Lucía Petricevich</p> </td> <td> <p>Nombre y Firma del Jefe o Responsable de Control Escolar</p> <p style="text-align: center;">L.A. Rosa María González D.</p> </td> </tr> </table>	<p>Nombre y firma del Director de la Unidad Académica o Secretario Ejecutivo del Consejo Directivo del Instituto</p> <p style="text-align: center;">Dra. Vera Lucía Petricevich</p>
<p>Nombre y firma del Director de la Unidad Académica o Secretario Ejecutivo del Consejo Directivo del Instituto</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;">L.A. Rosa María González D.</p>	

La información obtenida a través de la presente solicitud, será utilizada con fines de control escolar, misma que es de carácter confidencial de conformidad con 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.