



SOLICITUD DE REINSCRIPCIÓN:



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 reingresar:	Septiembre-Diciembre 20 <input type="checkbox"/>	Enero- Junio 20 <input type="checkbox"/>	Semestre No. <input type="checkbox"/>
Programa Educativo:			
Número de afiliación a seguridad social:		Número de certificado de la póliza del seguro de vida y accidentes personales:	

(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 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 reinscripción.</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>Nombre y firma del Director de la Unidad Académica o Secretario Ejecutivo del Consejo Directivo del Instituto</td> <td>Nombre y Firma del Jefe o Responsable de Control Escolar</td> </tr> <tr> <td>Dra. Vera Lucía Petricevich</td> <td>L.A. Rosa María González D.</td> </tr> </table>	Nombre y firma del Director de la Unidad Académica o Secretario Ejecutivo del Consejo Directivo del Instituto	Nombre y Firma del Jefe o Responsable de Control Escolar	Dra. Vera Lucía Petricevich
Nombre y firma del Director de la Unidad Académica o Secretario Ejecutivo del Consejo Directivo del Instituto	Nombre y Firma del Jefe o Responsable de Control Escolar			
Dra. Vera Lucía Petricevich	L.A. Rosa María González D.			

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.