



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS

ESCUELA DE TÉCNICOS LABORATORISTAS

DIRECCIÓN
17UCT0002W



SOLICITUD DE REINSCRIPCIÓN

INFORMACIÓN PERSONAL (Para ser llenado por el alumno):		NIVEL MEDIO SUPERIOR ESCOLARIZADO	
Apellido paterno:	Apellido materno:	Nombre (s):	Matrícula:
Lugar de nacimiento:		Fecha de nacimiento (dd/mm/aa): / /	
CURP:	Nacionalidad:	Estado Civil:	Sexo: Femenino 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 2022		Semestre No.
Programa Educativo:			
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:			
<input type="checkbox"/>	2° Semestre	<input type="checkbox"/>	5° Semestre
<input type="checkbox"/>	3° Semestre	<input type="checkbox"/>	6° Semestre
<input type="checkbox"/>	4° Semestre	<input type="checkbox"/>	7° Semestre
<p>Bajo protesta de decir verdad manifiesto que los datos proporcionados son verdaderos. 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 (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 UAEM.</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: center;"> <p>Dra. Angélica del Carmen Arellano Franco DIRECTORA</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>L. en D. Midori Magdalena Balderas Román JEFE DE CONTROL ESCOLAR</p> </div> </div>	

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.