



Nombre de la Licenciatura a la que solicita la Reinscripción			
<div></div>			
Sistema al que está Incorporado o con Reconocimiento de Validez Oficial de Estudios la Licenciatura			
Marque con una X : UAEMéx. () SEP () SEGEM () UNAM ()			
DATOS DEL ESTUDIANTE			
No. de Cuenta: _____ Cuatrimestre/Semestre/ Año/ Periodo a cursar: _____ Grupo anterior: _____			
Nombre: _____			
Apellido Paterno		Apellido Materno	
		Nombre(s)	
Género: (M) (F)		Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____	
		Estado Civil: _____	
		Día Mes Año	
Domicilio: _____			
Calle		No.	
		Colonia ó Localidad	
Municipio o Ciudad		Estado	
		Código Postal	
		Teléfono casa	
Teléfono celular		Correo Electrónico: _____	
Facebook: _____		Twitter: _____	

PROTESTO RESPETAR LA NORMATIVIDAD APLICABLE AL PROGRAMA ACADÉMICO AL QUE ME REINSCRIBO, EL REGLAMENTO GENERAL, ACUERDOS GENERALES Y ESPECIALES QUE ESTABLEZCA LA UNIVERSIDAD DE IXTLAHUACA CUI, A.C. CUMPLIR EstrictAMENTE LAS OBLIGACIONES ACADÉMICAS Y ADMINISTRATIVAS, OBSERVAR LA DISCIPLINA DEL PLANTEL Y HACER HONOR ANTE TODO TIEMPO Y LUGAR A ESTA UNIVERSIDAD.

CONFIRMO QUE HE LEIDO, QUE ENTIENDO Y ACEPTO LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DEL AVISO DE PRIVACIDAD PARA ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD DE IXTLAHUACA CUI, A.C.

CONFIRMO QUE HE REVISADO Y CONOZCO MI SITUACIÓN ACADÉMICA DE CONFORMIDAD A LA TRAYECTORIA IMPRESA AL REVERSO DE ESTA SOLICITUD.

Ixtlahuaca, Méx. a _____ de _____ de _____

Nombre completo y Firma del Estudiante

USO EXCLUSIVO DE LA DIRECCIÓN ACADÉMICA	
NOMBRE, FIRMA Y FECHA DE QUIEN AUTORIZA	FECHA DE DEVOLUCIÓN
<div></div>	<div></div>

CONTROL ADMINISTRATIVO	
Fecha de pago: ____ / ____ / ____ Día Mes Año	<div>Sello de pagado</div>